

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

ID studijního oboru: 482534



Bc. Eva Navrátilová

Mapování názorů pracovníků ambulantních adiktologických zařízení na možnost  
zavádění substituční léčby závislosti na metamfetaminu

Mapping the opinions of outpatient addiction treatment facility workers on the  
possible implementation of substitution treatment for methamphetamine addiction

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jiří Brenza

Praha

2018

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze,

Bc. Eva Navrátilová

.....

**Identifikační záznam:**

NAVRÁTILOVÁ, Eva. *Mapování názorů pracovníků ambulantních adiktologických zařízení na možnost zavádění substituční léčby závislosti na metamfetaminu. [Mapping the opinions of outpatient addiction treatment facility workers on the possible implementation of substitution treatment for methamphetamine addiction]*. Praha, 2017. 68 s., Magisterská práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce Brenza, Jiří.

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Jiřímu Brenzovi za jeho cenné rady, metodické vedení a podporu. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, za jejich ochotu a věnovaný čas, bez čehož by práce nemohla vzniknout. Dále děkuji Martině Plačkové, mým kolegům a rodině, kteří byli nikdy neslábnoucí podporou při tvorbě této práce.

## **Abstrakt**

**VÝCHODISKA:** I přes vysoký počet problémových uživatelů metamfetaminu v ČR, je léčba stále vedena pouze abstinenčně. Farmakoterapie ve smyslu substituční léčby zatím není zavedena. Dosud nebyla provedena studie, která by zkoumala názory pracovníků, kteří s uživateli metamfetaminu pracují, na možnost zavádění substituční léčby závislosti na metamfetaminu v ČR.

**CÍL:** Cílem praktické části bylo zmapovat názory pracovníků ambulantních zařízení na možnost zavádění substituční léčby závislosti na metamfetaminu. Mezi sledované oblasti patřilo hodnocení úspěšnosti léčby závislosti na metamfetaminu v ambulantních zařízeních, rozdílnost v práci s uživateli podle užívané návykové látky, procentuální zastoupení uživatelů metamfetaminu v zařízeních, vhodnost farmakoterapie závislosti na metamfetaminu pro klienty ambulantních zařízení a postavení substituční léčby závislosti na metamfetaminu podle respondentů.

**METODA:** Výběrový soubor byl zvolen na základě záměrného účelového výběru přes instituce. Sběr dat proběhl metodou polostrukturovaného rozhovoru, který byl nahráván pomocí audio záznamu a následně transkribován. K analýze dat byla použita metoda zachycování vzorců.

**SOUBOR:** Výzkumný soubor byl tvořen devíti respondenty (3 muži, 6 žen) Jednalo se o pracovníky vybraných ambulantních zařízení pro léčbu závislosti, kteří museli plnit kritéria praxe minimálně 5 let v oboru a minimálně středoškolské zdravotnické vzdělání.

**VÝSLEDKY:** Všichni respondenti byli ve výsledku pro zavedení substituční léčby závislosti na metamfetaminu za určitých podmínek. Respondenti uváděli skupiny klientů, pro které by substituční léčba byla vhodnější než pro jiné. Uživatelé metamfetaminu jsou dle výpovědí respondentů ve větším početním zastoupení v léčbě nad uživateli jiných nelegálních návykových látek. Dva respondenti uváděli jako úspěch abstinenci klienta, další respondenti uváděli, že úspěšnost v léčbě je naplňování klientových cílů. Podle odhadů respondentů se úspěšnost léčby pohybovala od 20% do 70%. Poskytované intervence se neliší u klientů podle užívané NL podle výpovědí respondentů. Všichni respondenti se shodli na hrazení substituční léčby zdravotní pojišťovnou. Mezi podmínky vstupu do substituční léčby uváděli potřebu lékařského vyšetření před vstupem do léčby, úvodní konzultaci rozdělenou do 2 až 3 návštěv, schopnost dodržovat pravidla, motivaci k léčbě. Většina respondentů uváděla potřebu léčbu rozfázovat. Všichni z respondentů vyslovili potřebu terapeutické práce s klientem v substituční léčbě. Mezi dalšími doporučeními účastníci uváděli např. kontroly vpichů, manuál postupu v substituční léčbě, zákaz řízení motorových vozidel, délka léčby maximálně 6 měsíců, řádné vysvětlení fungování substituce v počátku léčby.

**ZÁVĚR:** Práce přináší pohled odborníků, kteří pracují s uživateli metamfetaminu na aktuální téma možnosti zavádění farmakoterapie závislosti na metamfetaminu a částečně na současnou praxi v ambulantní léčbě závislosti na metamfetaminu.

**Klíčové slova**

Metamfetamin – ambulantní léčba – farmakoterapie závislosti na metamfetaminu – substituční léčba – hodnocení

## **Abstract**

**BACKGROUND:** Despite the high number of methamphetamine users in the Czech Republic, the treatment is still only abstinent. Pharmacotherapy in terms of substitution treatment is not yet in place. No study has yet been conducted to examine the views of workers working with methamphetamine users on the possibility of introducing substitution treatment for methamphetamine dependence in the Czech Republic.

**OBJECTIVE:** The aim of the practical part was to map the opinions of outpatient staff on the possibility of introducing substitution treatment for methamphetamine dependence. The monitored area included the evaluation of the success of the treatment of methamphetamine dependence in outpatient settings, disparity in working with users by substance use, percentage of methamphetamine users in the facilities, the suitability of drug addiction to methamphetamine for clients of outpatient facilities and position of substitution treatment for methamphetamine, according to respondents.

**METHOD:** The sample was elected on the basis of deliberate targeted selection through the institutions. Data capture was performed using a semi-structured interview method, which was recorded using audio recording and then transcribed. The data capture method was used to analyze the data.

**FILES:** The research team consisted of nine respondents (3 males, 6 females). These were employees of selected outpatient treatment facilities, who had to meet the minimum five years of practice in the field and at least secondary school health education.

**RESULTS:** All respondents were the result of introducing substitution treatment for methamphetamine dependence under certain conditions. Respondents reported groups of clients for whom substitution treatment would be more appropriate than others. Methamphetamine users, according to respondents' testimonies, are more represented in the treatment of users of other illicit drugs. Two respondents reported success as clients' abstinence. Other respondents reported that success in treatment is the fulfillment of client goals. Respondents estimate that treatment success ranged from 20% to 70%. The interventions provided do not differ according to the clients used according to the respondents' testimonies. All respondents agreed to substitution treatment by a health insurance company. The conditions of entry into substitution treatment indicated the need for a medical check before entering treatment, an initial consultation divided into 2-3 visits, the ability to follow the rules, motivation for treatment. Most respondents reported the need for phasing out treatment. All of the respondents expressed the need for therapeutic work with the client in substitution treatment. Among other recommendations, participants included, for example, insulin controls, a manual for substitution treatment, a driving ban, a treatment duration of no more than 6 months, and a proper explanation of substitution at the beginning of treatment.

CONCLUSION: The work brings a look at the experts working with methamphetamine users on the current topic of the possibility of introducing methamphetamine addiction therapy and partly on the current practice of outpatient methamphetamine treatment.

**Keywords**

Metamphetamine - outpatient treatment - methamphetamine dependence drug therapy  
- substitution treatment - evaluation



## **Seznam zkratek**

ADHD	Attention deficit hyperactivity disorder
ATS	Amphetamine type stimulants
ČR	Česká republika
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
GABA	Kyselina gama-aminomáselná
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, 10. Revize
MA	Metamfetamin
NL	Návykové látky
WHO	World Health Organisation

## Obsah

ÚVOD.....	1
1. Metamfetamin .....	2
1.1 Charakteristika .....	2
1.2 Rozšíření .....	2
1.3 Aplikace, dávkování, mechanismus účinku .....	3
1.4 Vzorce užívání metamfetaminu .....	4
1.5 Rizika .....	5
1.5.1 Somatické komplikace .....	5
1.5.2 Psychické komplikace .....	6
1.5.3 Závislost .....	6
1.5.4 Intoxikace metamfetaminem .....	7
2. Léčebné intervence závislosti na metamfetaminu .....	8
2.1 Behaviorální intervence: .....	9
2.1.1 Posilování komunitních vazeb .....	9
2.1.2 Incentivní programy/Contingency management .....	9
2.1.3 Terapie vystavování spouštěčům (Cue exposure) .....	9
2.2 Kognitivní intervence .....	9
2.2.1 Motivační rozhovory .....	10
2.2.2 Prevence relapsu .....	10
2.3 Kognitivně - behaviorální terapie (KBT) .....	10
2.4 Psychologické intervence .....	11
2.5 Farmakoterapie .....	11
2.6 Matrix model .....	11
3. Substituční léčba .....	12
3.1 Substituční léčba závislosti na opioidech .....	12
3.1.1 Substituční léčba závislosti na opioidech v ČR .....	12
3.1.2 Substituční léčba závislosti na opioidech v zahraničí .....	13
3.2 Farmakoterapie závislosti na metamfetaminu .....	16
3.2.1 Dopaminergní léčiva .....	16

3.2.2	GABA léčiva – .....	26
3.2.3	Inhibitory cholinesterázy .....	27
3.2.4	Serotonergní léčiva.....	27
3.2.5	Opioidní antagonisty .....	28
3.2.6	Blokátory kalciových kanálů .....	28
3.2.7	Další .....	28
3.3	Zkušenosti se substitucí metamfetaminu v České republice .....	28
3.3.1	Zájem uživatelů metamfetaminu o substituční léčbu.....	29
	Výzkumná část .....	30
4.	Metodologický rámec a metody .....	31
4.1	Výzkumný problém a cíle .....	31
4.2	Výzkumný soubor .....	31
4.3	Metody sběru dat.....	33
4.4	Metody zpracování a analýzy dat .....	34
4.5	Etika výzkumu .....	35
5.	Výsledky studie .....	35
5.1	Úspěšnost léčby uživatelů metamfetaminu v ambulantních zařízeních ...	35
5.2	Rozdílnost intervencí podle typu užívané látky .....	36
5.3	Procentuální zastoupení uživateli metamfetaminu.....	37
5.4	Vhodnost farmakoterapie závislosti na metamfetaminu pro klienty ambulantních zařízení.....	38
5.5	Informace o farmakoterapii závislosti na metamfetaminu .....	39
5.6	Postavení substituční léčby závislosti metamfetaminu .....	40
5.6.1	Omezení vstupu do léčby věkem .....	40
5.6.2	Délka drogové kariéry .....	41
5.6.3	Podmínky vstupu do substituční léčby závislosti na metamfetaminu ..	41
5.6.4	Docházení do léčby .....	42
5.6.5	Hrazení substituční léčby závislosti metamfetaminu.....	43
5.6.6	Doporučované intervence .....	43
5.6.7	Další doporučení.....	44

5.7	Souhrn výsledků .....	44
6.	Diskuze a závěr.....	47
7.	Použitá literatura .....	51

## ÚVOD

Spotřeba metamfetaminu v České republice stále narůstá (Mravčík et al., 2017). Jeho užívání s sebou nese mnohá zdravotní rizika. Jedná se jak o rizika somatická (např. krví přenosné nemoci), psychická (toxická psychóza, depresivní a úzkostné poruchy atd.), sociální a právní (zvýšená kriminalita). Léčba uživatelů metamfetaminu je zatím stále vedena čistě abstinenční formou za podpory psychosociálních intervencí, zatímco farmakoterapie ve smyslu substituční léčby dosud není zavedena (Gabrhelík et al., 2010).

V diplomové práci se úvodní část zabývá aktuální situací v oblasti užívání metamfetaminu, riziky, jež s sebou užívání metamfetaminu nese, doposud dostupnými možnostmi léčby, a také jakýmsi přehledem dosavadních studií, které byly realizovány v poli farmakoterapie závislosti na metamfetaminu. V praktické části jsou analyzována data sesbíraná pomocí polostrukturovaných dotazníků od pracovníků odborných zdravotnických zařízení, zabývajících se ambulantní léčbou uživatelů nelegálních i alkoholových návykových látek. Sledované oblasti byly především pohled pracovníků na substituci metamfetaminu, vhodnost substituční léčby – specifika klientů/pacientů, dosavadní zkušenosti s léčbou uživatelů metamfetaminu v ambulantních adiktologických zařízeních, postavení substituční léčby metamfetaminu, aby motivovala klienty pro vstup do léčby, přehled pracovníků o substituční léčbě a potřebnost větší informovanosti o tomto způsobu léčby.

Dosud nebyla provedena žádná studie, která by mapovala názory odborníků, pracujících s uživateli metamfetaminu, na možnost zavedení substituce metamfetaminu. Autorka se domnívá, že je důležité znát názor pracovníků, kteří mohou poskytnout pohled na tuto problematiku a tím případně pomoci při zavádění substituční léčby.

Výzkum byl veden a spolufinancován v rámci projektu „Komplexní mapování připravenosti oblastí harm reduction a léčby na výzkum efektivity farmakoterapie a případné zavádění farmakoterapie závislosti na pervitinu v České republice“, vedený Mgr. Romanem Gabrhelíkem Ph.D. Výzkum a data uvedená v diplomové práci jsou samostatnou prací prováděnou autorkou práce.

# 1. Metamfetamin

Metamfetamin se řadí mezi budivé aminy. Do této skupiny spadá společně s prvním zástupcem, jímž je amfetamin. V České republice ovšem užívání amfetaminu není tolik rozšířené, častěji se na našem území setkáváme právě s metamfetaminem. Ačkoli bývá prezentován jako typicky česká droga, metamfetamin poprvé syntetizoval v roce 1919 Japonec Akira Ogata. Pod názvem „Pervitin“ se objevil poprvé v roce 1938, kdy byl německou firmou Temmler distribuován ve formě tablet. V Českém prostředí se můžeme setkat se slangovými názvy jako perník, piko, peří atd. (Minařík, 2003; Defalque & Wright, 2011; Zábranský, 2007; Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2017). V této práci budu používat termín metamfetamin (MA) nebo pervitin.

## 1.1 Charakteristika

Metamfetamin (chemicky N-metyl-1-fenylpropan-2-amin) je řazen mezi účinná psychostimulancia. V zahraničí se užívá názvosloví „amphetamine-type stimulants“ a v řadě zahraničních epidemiologických zpráv se metamfetamin nerozlišuje od jiných amfetaminových návykových látek (Cruickshank & Dyer, 2009; Orlíková & Csémy, 2016). Do této skupiny spadá MDMA a také samotný amfetamin, který je někdy pokládán jako slabší než metamfetamin (Minařík, 2003), Nožina (1997) ovšem uvádí, že si jsou látky, co do účinku, velmi podobné a rozlišit je lze pouze pomocí laboratorních metod. Výchozí látkou pro výrobu je efedrin. Na trhu můžeme nalézt dvě formy pervitinu – báze metamfetaminu, která se vyskytuje ve formě bezbarvého oleje. Druhou formou je metamfetamin hydrochlorid, který je ve formě bílých až průhledných krystalů a nejčastěji je nazýván „ice“ nebo „crystal meth“. Na černém trhu se vyskytuje nejčastěji ve formě nažloutlého či fialového prášku, kdy je zabarven látkami, používanými při domácí výrobě (Cruickshank & Dyer, 2009; Minařík, 2003).

## 1.2 Rozšíření

Amfetaminy zůstávají druhou nejčastěji užívanou skupinou drog v celosvětovém měřítku. Odhady uživatelů amfetaminů jsou mezi 13 miliony a 58 miliony v posledním roce. Užívání amfetaminu a částečně také metamfetaminu má narůstající tendenci v některých regionech, jako Severní Amerika, Oceánie a většina částí Asie. Ze záchytů amphetamin – type stimulants (ATS) se ukazuje, že market s těmito NL narůstal mezi lety 2010 a 2015. Celosvětově zachycené množství ATS se zdvojnásobilo od roku 2010, kdy bylo zachyceno 93 tun, do roku 2015, kdy to bylo 191 tun. Metamfetamin dominuje na trhu celosvětově, zatímco amfetamin dominuje na trhu v určitých oblastech (Blízký a Střední Východ, Západní a Střední Evropa). V regionech jako např. Evropa se trh s metamfetaminem v posledních dekadách ustálil, zatímco se rozšiřuje do nových oblastí,

například do Afghánistánu. Užívání metamfetaminu se nadále zvyšuje v USA, prevalence užití metamfetaminu v obecné populaci 15-64 let se zvýšila od roku 2012, kdy byla 0,5 % na 0,8% v roce 2015 (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017).

Naproti tomu situace v Evropě se od té celosvětové liší. Počet záchytů ATS v Evropě ukazuje vzrůstající dostupnost metamfetaminu, která je ovšem stále nižší než dostupnost amfetaminu. Co se výroby týče, produkce amfetaminu pravděpodobně probíhá zejména v Belgii, Nizozemsku, Polsku, Německu a Maďarsku. Drogy vyráběné v Evropě jsou zejména pro evropský trh, množství amfetaminu, které je určeno na vývoz, směřuje zejména do Oceánie, na Dálný východ a Střední východ. Hlavním výrobcem metamfetaminu je zejména Česká republika, v menší míře příhraniční oblasti zemí sousedících s Českou republikou, dále pak Litva, Nizozemsko a Bulharsko. V roce 2015 bylo v České republice hlášeno 263 nelegálních laboratoří určených k výrobě metamfetaminu, přičemž celkový počet v Evropě byl 291. V Evropské unii bylo v roce 2015 zachyceno 0,5 tuny metamfetaminu, největší podíl byl v České republice. Historicky je užívání metamfetaminu omezeno zejména na území České republiky a v posledních letech také Slovenska. Z posledních průzkumů vyplývá, že se zvyšuje také užívání metamfetaminu na jihu Německa a v severní Evropě (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2017).

V České republice byl v roce 2016 druhou nejčastěji zachycenou drogou pervitin. Bylo zajištěno 90 718 g metamfetaminu (Národní protidrogová centrála SKPV policie ČR, 2017). Podle Mravčíka et al. (2017) narůstá spotřeba pervitinu v České republice, kdy odhadovaná spotřeba pervitinu v ČR byla v roce 2010 přibližně 5,0 tun a v roce 2016 to bylo přibližně 6,5 tuny. Průměrná čistota zachycených vzorků byla 68,5%. Ve srovnání s předešlými roky se čistota pervitinu v ČR zásadně nemění – pro srovnání v roce 2010 byla čistota pervitinu průměrně 64,4%, v roce 2013 to bylo 71%. Ovšem data o čistotě drog mají pouze limitovanou vypovídající hodnotu, kdy může být zkreslující počet analyzovaných zachycených vzorků. Cena za 1 g pervitinu se v roce 2016 pohybovala okolo 1 000 Kč, od nejnižších 400 Kč až po nejvyšších 6 000 Kč. Odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu a opioidů v České republice v roce 2016 byl 46,8 tis., z toho 34,3 tis. uživatelů pervitinu. Pro srovnání bylo v roce 2012 odhadováno 41,3 tis. problémových uživatelů pervitinu a opioidů, z čehož byl odhad 30,7 tis. uživatelů pervitinu. Odhadovaný počet injekčních uživatelů drog v ČR je 42,8 tis. Opět pro srovnání v roce 2012 bylo odhadnuto 38,7 tis. injekčních uživatelů drog (Mravčík et al, 2017).

### **1.3 Aplikace, dávkování, mechanismus účinku**

Metamfetamin je nejčastěji aplikován orálně, intravenózně nebo sniffingem. Nitrožilní užití je v ČR nejčastějším způsobem aplikace. Dávky se pohybují od cca 50 do

250 mg (Minařík, 2003). Pervitin má vlastnosti stimulující centrální nervovou soustavu. Jeho působení je dáno uvolněním katecholaminů, zejména noradrenalinu a dopaminu, z nervových zakončení v mozku, a inhibicí jejich zpětného vychytávání. Následkem je tedy zvýšená synaptická koncentrace těchto neurotransmiterů, což vede ke zvýšení motorické aktivity, euforii, duševní bdělosti a potlačení chuti k jídlu. Pervitin ovlivňuje také serotoninový systém, kdy zvyšuje jeho koncentraci na nervových synapsích. Užívání MA může způsobovat dlouhodobý nedostatek dopaminu a serotoninu ve striatu (National Center for Biotechnology Information, 2004). Užití pervitinu tedy navozuje euforii, zvyšuje výkonnost celého organismu, zrychluje psychomotorické tempo, způsobuje motorický neklid. Účinek na psychiku se projevuje zrychleným tokem myšlenek, mnohdy na úkor kvality, zvyšuje pozornost, empatii, odstraňuje zábrany, intoxikovaný je sebevědomý, nemá potřebu spánku. Samotný účinek nastupuje u intravenózního užití okamžitě, u sniffingu cca po deseti minutách a u orálního užití do hodiny. Účinky intoxikace mizí za 8-24 hodin. V době odeznění účinku pervitinu přichází nepříjemné pocity jako podráždění, neklid, deprese a letargie, což je zapříčiněno nedostatkem neuromediátorů a tento stav bývá nazýván „dojezd“. (Minařík, 2003; EMCDDA, 2015).

#### 1.4 Vzorce užívání metamfetaminu

Vzorce užívání pervitinu popisují např. Lee, Johns, Jenkinson, Johnston, Connolly, Hall & Cash (2007) jako:

- a. Experimentální (užívání v pozdním dospívání či rané dospělosti, krátké trvání užívání, popisován vliv vrstevníků, nejčastější motivací nové zážitky, pocity).
- b. Rekreační užívání (obvykle se objevuje v rámci sociálních událostí, množství a délka trvání se liší dle typu události, rekreační užívání se pokládá za příjemné s málo negativními důsledky na sociální fungování. Uživatelé omezují užívání na víkend nebo určitou událost).
- c. Příležitostné užívání (objevuje se, když musí být vykonány určité úkoly, které mohou vyžadovat zvýšenou pozornost či soustředění, příkladem mohou být dlouhá jízda autem, práce na směnný provoz. Tento vzorec se může také objevovat pro specifické účely účinku metamfetaminu jako potlačení chuti k jídlu a snížení hmotnosti).
- d. Nárazové či přerušované (objevuje se při intenzivním dlouhodobém užívání, v rozmezí dvou až deseti dnů, kdy je mezi těmito epizodami užití dostatečně dlouhá pauza).
- e. Pravidelné užívání (charakterizováno jako časté, navyké chování, často doprovázené psychickým syndromem závislosti, pro pravidelné uživatele může metamfetamin hrát důležitou roli v dennodenním životě a může mít vliv na jejich zdravotní stav).



- f. Polymorfní (polymorfní užívání je velmi časté mezi uživateli metamfetaminu v kombinaci s konopím, alkoholem či dalšími psychostimulancií. Uživatelé mohou zamýšlet tímto vzorcem prodloužení účinku metamfetaminu nebo snížit nežádoucí účinky metamfetaminu).

## 1.5 Rizika

Zřejmě pro nikoho nebude novinkou, že užívání nelegálních návykových látek s sebou nese rizika. Užívání drog je jedním z faktorů, který přináší, co se nemocnosti týče, zátěž na celosvětové úrovni. Zdravotní komplikace z užívání drog ještě velmi ovlivňuje celý kontext užívání návykových látek a to, o jakou látku se jedná, způsob aplikace, sociální kontext, výbava každého jedince (zranitelnost, genetická predispozice). Samotná rizika z užívání návykových látek můžeme dělit do několika kategorií. Jsou to akutní (předávkování..) a chronické (infekční onemocnění, závislost..) (EMCDDA, 2017). Ovšem dopady užívání návykových látek jsou jak somatické, tak psychosociální (Minařík & Hobstová, 2003). Hlavní kategorie, které sleduje Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost v souvislosti s užíváním návykových látek a jejich dopadem na zdraví, jsou infekční onemocnění, nemocnost a úmrtnost (Minařík & Hobstová, 2003). Je důležité mít na paměti, že uživatelé metamfetaminu jej často kombinují s jinými návykovými látkami. To může mít za následek jiná specifická rizika (Darke et al, 2008).

### 1.5.1 Somatické komplikace

Užívání stimulancií je zátěží pro celý organismus, některé systémy jsou ovšem zatíženy více – jedná se zejména o systém kardiovaskulární (Minařík, 2003). Na kardiovaskulární systém působí zvýšením srdeční frekvence a krevního tlaku. Kardiovaskulární a cerebrovaskulární komplikace jsou tedy dvě z nejzávažnějších komplikací užívání metamfetaminu, a to bez ohledu na to, jakým způsobem se pervitin užívá. Následkem užití MA je zvýšena poptávka myokardu po kyslíku, vzniká vasokonstrikce koronárních tepen. Konkrétně se jedná o ischemii s možným následkem infarktu myokardu. Z cerebrovaskulárních onemocnění se jedná o cévní mozkovou příhodu (Darke et al, 2008). Dokud efekt pervitinu v těle přetrvává, je tělo připraveno na vrcholové výkony, je snížena chuť k jídlu a tím dochází k velmi rychlému hubnutí (Minařík, 2003). Další somatické komplikace v zásadě souvisí se způsobem aplikace pervitinu. V následujících odstavcích tedy komplikace rozdělím podle způsobu aplikace drogy na injekční, sniffing, perorální a inhalace.

**Injekční aplikace** – nejrizikovější způsob aplikace. Komplikace, které plynou z intravenózního užívání, jsou zejména toxické příměsi a mikroorganismy, které se aplikací dostávají do krevního řečiště a následně způsobují infekce jak celkové, tak místní. Mezi ty místní řadíme abscesy a flegmony. Do celkových komplikací spadá poškození cévního systému, jako jsou tromboflebitidy, infekce hepatitida B, C, HIV. Dýchací systém může být

zasažen častými respiračními infekcemi, vylučovací systém zase častými záněty močového ústrojí.

**Sniffing** – v porovnání s předchozím bodem se jedná o méně rizikový způsob aplikace, nejčastěji dochází k místním komplikacím na nosní sliznici – její odkrvení a následně k atrofii, v některých případech až k destrukci nosní přepážky a ztrátě čichu.

**Inhalace** – v důsledku inhalace mohou být poškozeny plicní řasy, což může mít za následek častější bronchitidy, pneumonie. V důsledku zadržovaného kouře v plicích může vzniknout také plicní barotrauma.

**Perorální aplikace** – největším rizikem je neodhadnutí dávky, kvůli pozdnímu nástupu účinku drogy (Minařík, 2003).

### 1.5.2 Psychické komplikace

Komplikace se mohou dostavit jak po jednorázovém užití, tak při chronickém užívání. Nejčastěji se objevují halucinace, strach, neklid, vztahovačnost, deprese, chorobná žárlivost. Závažným důsledkem je rozvoj tzv. toxické psychózy, projevující se ze začátku vztahovačností, následně má dotýčný přítomny pocity, že mu někdo chce ublížit, různé druhy halucinací, ze začátku bývá přítomen náhled, později se ovšem ztrácí. Často bývají projevy toxické psychózy neodlišitelné od schizofrenie (Orlíková & Csémy, 2016). Zde pokládám za důležité alespoň okrajově zmínit tzv. duální diagnózy, tedy dle definice WHO „souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním návykové látky a další duševní poruchy u téhož jedince“ (EMCDDA, 2013). Výskyt duálních diagnóz u uživatelů NL je vysoký. Psychické onemocnění je jednak rizikovým faktorem pro započetí užívání, stejně tak ale užívání NL může být rizikovým pro vznik psychického onemocnění. Kromě již zmíněné schizofrenie se mezi dalšími duálními diagnózami u užívání metamfetaminu objevují afektivní poruchy (např. deprese, úzkostné poruchy), poruchy osobnosti či ADHD (Orlíková & Csémy, 2016).

### 1.5.3 Závislost

Z terminologického hlediska rozlišujeme následující druhy užití: úzus, tedy jednorázové či opakované užití, které ale nevede k významnému poškození uživatele, abúzus, čili škodlivé užívání, které již vede k poškození somatickému, psychickému či sociálnímu (Jeřábek in Kalina, 2015). Syndrom závislosti je dle definice 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí definován takto: *„je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo skupiny látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.“* Definitivní diagnóza by se měla stanovit pouze tehdy, pokud během posledního roku došlo k třem nebo více z následujících rysů: *„1. silná touha nebo pocit puzení užívat látku, 2. potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky, 3. tělesný odvykací stav, 4. průkaz tolerance k účinku látky, 5. postupné*

*zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů, 6. pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků“ (Nešpor, 2000).*

Definice závislosti podle Americké psychiatrické asociace (DSM-IV): pro stanovení diagnózy by měl pacient vykázat alespoň 3 ze 7 uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců: „1. *růst tolerance*, 2. *odvykací příznaky po vysazení látky*, 3. *přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu*, 4. *dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky*, 5. *trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejich účinků*, 6. *zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení*, 7. *pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky* (Nešpor, 2000)“.

#### **1.5.4 Intoxikace metamfetaminem**

Intoxikací označujeme širokou škálu stavů od samotného užití návykové látky, které způsobí u uživatele tělesný či psychický účinek, až po stavy předávkování – nejzazší podoba intoxikace, kdy návyková látka způsobuje jakýkoli jiný, hlubší efekt, než na který je uživatel zvyklý. Dvořáček in Kalina (2015) řadí intoxikaci metamfetaminem mezi intoxikace s vyšším rizikem ohrožení života. Mezi klinickými projevy převládá centrálně stimulační efekt, v dalších stupních intoxikace přibývají také poruchy vnímání, paranoidně laděné myšlení, které mohou vyústit v násilné chování. Mezi tělesné znaky intoxikace se řadí zejména kardiovaskulární a neurologické důsledky, konkrétně hrozí hyperpyrexie, závažné křeče a rozvoj šoku. V nejtěžších případech intoxikace může dojít i ke smrti, což je nejčastěji způsobeno poškozením srdečního svalu (Dvořáček in Kalina, 2015).

## 2. Léčebné intervence závislosti na metamfetaminu

V prostředí České republiky nejsou v odborné literatuře zpracovány postupy či směrnice, které by byly specificky vytvořené pro léčbu uživatelů metamfetaminu. V zahraniční literatuře se této problematice věnovali např. australští autoři, kteří vytvořili sérii klinických postupů v léčbě specificky pro různé návykové látky, přičemž jedna z nich se zabývá právě léčbou uživatelů metamfetaminu. V těchto postupech kombinují teoretické a praktické znalosti a odráží principy nejlepší praxe, které jsou dostupné v době zveřejnění těchto sérií (Lee et al., 2007). Léčba závislosti na metamfetaminu je v České republice zaměřena zejména na intervence směřující k abstinenci. Mezi tyto intervence patří poradenské přístupy, ambulantní a intenzivní ambulantní programy, ústavní léčba a pobytová léčba v terapeutických komunitách (Minařík, 2003). Courtney & Ray (2014) popisují možnosti léčby závislosti na metamfetaminu jako v tuto chvíli limitované pouze na psychosociální intervence. Také vymezují 12 krokové programy jako Anonymní narkomané, které jsou stále vyhledávány uživateli metamfetaminu navzdory nedostatku důkazů o jejich efektivitě. Shearer (2007) popisuje možnosti léčby závislosti na metamfetaminu jako behaviorální intervence (posilování komunitních vazeb, incentivní programy, terapie vystavování spouštěčům), kognitivní intervence (motivační rozhovory, prevence relapsu), kognitivně-behaviorální terapie, psychologické intervence, abstinенčně orientované intervence (detoxifikace, rezidenční léčba, dvanácti krokové programy). Podle Courtney & Ray (2014) byla však většina výzkumů ohledně efektivity těchto intervencí prováděna u uživatelů kokainu a vzhledem k rozdílům mezi jednotlivci, kteří užívají metamfetamin a uživateli kokainu, jako je věk, způsob podání, frekvence užívání, demografie, není jasné, zda se dá účinnost těchto intervencí zobecnit také pro uživatele MA.

Dále Shearer (2007) uvádí, že psychosociální intervence se ukazují být efektivní v omezené míře ve snižování užívání psychostimulancií, ovšem u znevýhodněných skupin, kam patří např. osoby bez přístřeší nebo osoby s přidruženými zdravotními komplikacemi, se ukazuje být neefektivní. Bayer (2003) popisuje farmakologickou léčbu závislostí jako nedílnou součást léčebných intervencí, přičemž ji rozděluje na: „medikaci cílenou k závislosti, medikaci podávanou k mírnění škod vzniklých při užívání návykové látky, medikaci nezanedbatelné části klientely s duální diagnózou.“ Dále Bayer (2003) označuje jako pro klienta nejvhodnější kombinaci farmakoterapie s psychoterapií či jiným léčebným přístupem. Konkrétně u metamfetaminu a stimulantů Bayer (2003) popisuje nutnost farmakologického zásahu zejména u kardiovaskulárních komplikací, naopak co se týče závislosti, nelze počítat s významnější podporou medikace. V následujících kapitolách se tedy budu věnovat jednotlivým přístupům.

## **2.1 Behaviorální intervence:**

Behaviorální intervence jsou založeny na předpokladu, že užívání drog je naučeným chováním. Pracuje s přesvědčením, že toto chování vzniklo na základě procesů učení jako klasické podmiňování, operantní podmiňování a sociální učení a stejně jak se toto problémové chování naučilo, tak se může podobným procesem změnit (Kalina & Mladá in Kalina et al, 2015).

### **2.1.1 Posilování komunitních vazeb**

Cílem tohoto modelu je zvýšit spokojenost v životě bez drog a porazit tak uspokojení, které měl uživatel v minulosti z užívání drog a tím snížit pravděpodobnost pokračování užívání drog nebo zamezit relapsu. Zahrnuje vztahové poradenství, poradenství ohledně povolání, dovednosti směřující k odmítnutí drog a sociální dovednosti. Zájemem jsou rovněž změny v oblasti rodinných vztahů, rekreačních aktivit, sociálních sítí a odborných dovedností (Shearer, 2007).

### **2.1.2 Incentivní programy/Contingency management**

Cílem programů je zapojit uživatele stimulací do léčby a podporovat počáteční abstinenci. Pacienti/klienti získají poukázky směnitelné za maloobchodní položky výměnou za negativní toxikologické testy moči, za aktivitu v léčbě, získání zaměstnání atd. (Shearer, 2007). Ukazuje se, že odměna pozitivního chování má větší účinnost než penalizace negativního chování. Mezi indikované klienty se řadí zejména uživatelé metadonu a uživatelé stimulačních drog (Kalina & Mladá in Kalina et al., 2015).

### **2.1.3 Terapie vystavování spouštěčům (Cue exposure)**

Vychází z klasické teorie učení podmiňováním. Předpokládá, že spouštěče hrají důležitou roli v pokračování závislého chování (Heather & Greeley in Shearer, 2007). Jedná se prakticky o záměrné vystavování se spouštěčům, jako drogovým přátelům, místům, parafernáliím nebo stresovým situacím, bez užití drogy, což by následně mělo vést k zániku autonomních a subjektivních reakcí. Podle Ehrman, Robbins, Childress, & O'Brien; Topp, Lovibond, & Mattick (in Shearer, 2007) se uživatelé kokainu a amfetaminu ukazují být velmi citliví na tyto intervence. Dle meta-analýzy, kterou prováděli Conklin & Tiffany (in Shearer, 2007) ovšem tyto intervence nemají žádnou prokázanou účinnost. To potvrzují také Martin, LaRowe, & Malcolm (2010), kteří prováděli meta-analýzu od roku 2002 a ve výsledcích také nepotvrzují prokazatelné výsledky účinnosti této metody.

## **2.2 Kognitivní intervence**

Kognitivní intervence rozšiřují ty behaviorální, a to přidáním vlivu poznávání a způsobu, jak myšlenky a přesvědčení zpracovávají vnitřní a vnější podněty (Shearer, 2007).

### 2.2.1 Motivační rozhovory

Jedná se o komunikační přístup, který se zaměřuje na hledání a rozvíjení vnitřní motivace klientů v cestě za změnou chování. Propojují prvky kognitivní a behaviorální terapie s poznatky z oblastí psychologie. Vznik se opírá zejména o empirické zkušenosti s tím, které komunikační a vztahové složky mají efekt na dosahování změn. Mezi základní techniky motivačních rozhovorů patří reflektivní naslouchání, otevřené otázky, oceňování, shrnování, informování (Soukup, 2014).

### 2.2.2 Prevence relapsu

Metoda je založena na klasickém podmiňování, které je zaměřeno více na chování, které předchází užití. Má za cíl snížit pravděpodobnost lapsu či rozvinutí relapsu tím, že učí efektivní strategie, jak se vyhýbat rizikovým situacím a jak je zvládat. Mezi témata, která řeší, patří ztráta sebedůvěry po lapsu, ztráta sebeúčinnosti, kdy klienti ztrácejí důvěru ve svou schopnost vyrovnávat se s rizikovými situacemi, dále řeší tzv. zdánlivě nedůležitá rozhodnutí, kdy klienti nevědomě učiní zdánlivě nedůležitou volbu, která je následně vystaví rizikové situaci. Mezi základní prvky patří: dovednosti zvládání touhy po drogách, dovednosti k odmítání drog, rozpoznávání zdánlivě nedůležitých rozhodnutí, dovednosti pro řešení problémů a vypořádání s lapsy (Shearer, 2007). Podle Pavlovské (in Kalina, 2015) prevenci relapsu můžeme rozdělit na kognitivní složku, která má za úkol posílit sebedůvěru klienta, pomoci porozumět svým myšlenkám a chování a zvýšit teoretické znalosti rizik užívání drog. Druhou je složka behaviorální, která může usnadnit zvládání stresu, zvýšit sebekontrolu a zlepšit schopnost potlačení nutkání. Analýza 26 klinických studií ukázala, že prevence relapsu je obecně účinná při snižování užívání drog a zlepšování psychosociálního fungování, přestože výsledky byly výrazně lepší u alkoholu a polyusers než u kokainu nebo tabáku (Irvin et al., 1999).

## 2.3 Kognitivně - behaviorální terapie (KBT)

Kognitivně - behaviorální terapie byla původně vyvinuta pro léčbu depresí a následně rozšířena na další duševní poruchy, včetně poruch vznikajících v kontextu užívání drog. KBT se zaměřuje na maladaptivní kognitivní schémata. Uživatelům psychostimulancií se KBT snaží pomoci rozpoznat a pochopit problémy související s drogami a restrukturalizovat toto dysfunkční poznání, které následně může vést k problémovému chování (Shearer, 2007). Samotná terapie začíná vstupním vyšetřením, kde je provedena behaviorální analýza, kognitivní analýza a funkční analýza. Následně se na základě těchto sebraných dat stanovují cíle terapie, ke kterým se klient vyjádří, popřípadě je doplní a sezení probíhají podle vytvořeného individuálního plánu sestaveného na základě těchto cílů. Formulace cílů se může během léčby měnit (Růžička et al., 2012). Podle Kaliny (2015) by KBT měla klienta/pacienta vést k tomu, aby upevnil

své schopnosti zvládání, sebekontroly a sebeřízení a k schopnosti rozeznat a následně přepracovat dysfunkční a škodlivá kognitivní schémata a strategie chování.

## **2.4 Psychologické intervence**

Tento model předpokládá, že závislost na stimulantech je důsledkem obtíží v mezilidském fungování. Intervence jsou více založeny na průzkumu minulých a současných vztahů a zkušeností (Shearer, 2007).

## **2.5 Farmakoterapie**

Co se týče farmakoterapie psychopatologických stavů, které doprovázejí užívání metamfetaminu, nelze počítat s větší podporou medikace. V rámci podpůrné léčby je možno podávat antidepresiva nebo hypnotika. Akutní intoxikace vyžaduje farmakologický zásah v případě výskytu kardiovaskulárních komplikací, zejména tachykardie, v případě potřeby zklidnění mohou být využity benzodiazepiny (Bayer, 2003). Léky hodnocené v klinických studiích farmakoterapie závislosti na amfetaminu nebo metamfetaminu mají různé mechanismy účinku, jedná se o působení agonistické a antagonistické. Antagonisté blokují účinky agonistů, aby zmírnily nebo eliminovaly pozitivní a zesilující působení metamfetaminu a nemají žádnou vnitřní aktivitu v místě, kde se nachází receptor. Naproti tomu agonistická farmaka se váží a spouští odpověď receptorů zapojených do procesu závislosti a často napodobují účinky metamfetaminu/amfetaminu. Agonistická farmaka podporují abstinenci mírnou úrovní subjektivních účinků a mají vliv na minimalizaci abstinčních a negativních symptomů (Brensilver, Heinzerling & Shoptaw 2013).

## **2.6 Matrix model**

Tento model byl původně vytvořen pro uživatele kokainu. Kombinuje prvky kognitivně - behaviorální terapie a celý trvá 16 týdnů – dohromady jde o 36 sezení KBT, 12 sezení rodinných terapií, 4 sezení podpůrných sociálních konzultací a 4 individuální konzultace. Tyto intervence jsou kombinovány s týdenní dechovou zkouškou na alkohol, testováním moči na kokain, metamfetamin, opiáty, konopí a benzodiazepiny (Rawson et al., 2004). Matrix model podle Rawson et al. (2004) dosahuje lepších výsledků než běžně používaná léčba, co se týče retence v léčbě a délky období abstinence.



### 3. Substituční léčba

Slovo substituce znamená náhrada či záměna. V problematice užívání NL se obvykle jedná o záměnu užívané návykové látky za jinou, bezpečnější látku, mnohdy také o změnu aplikace látky za méně škodlivou. Substituční léčba je často přijímána skepticky z řad laiků i odborníků. Ti se mohou domnívat, že se jedná o nedostatečnou léčbu či užívání substituce považují za prosté pokračování v užívání návykové látky a ne abstinenci. Ovšem mezinárodní klasifikací nemocí je tato léčba považována za abstinenci (MKN-10, F1x.22: „Závislý v současnosti abstínuje v klinicky kontrolovaném, udržovacím nebo náhražkovém režimu“) Substituční léčba užívaná standardně jako způsob léčby závislosti na opioidech či tabáku prozatím není mezi schválenými způsoby léčby u závislosti na metamfetaminu (Pavlovská & Minařík in Kalina et al, 2015)

#### 3.1 Substituční léčba závislosti na opioidech

##### 3.1.1 Substituční léčba závislosti na opioidech v ČR

Standard substituční léčby v České republice definuje substituční léčbu jako standardní léčebný postup pro ty pacienty, kteří nejsou objektivně či subjektivně schopni absolvovat léčbu bez použití agonistické opiátové farmakoterapie. „Jedná se o časově předem neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle, tj. abstinence bez užívání substituční látky, na dobu, kdy ji bude pacient objektivně i subjektivně schopen podstoupit. Do té doby chce udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav. Nástrojem této léčby je poskytování substituční látky, a to v množstvích, která efektivně potlačují pacientovy odvykací příznaky a umožňují všestranně zlepšit kvalitu jeho života“ (Popov & Zábranský, 2008, p. 13).

Mezi cíle substituční léčby zařadili Popov & Zábranský (2008) stabilizaci nebo zlepšení fyzického a psychického stavu, zmírnění nebo ukončení užívání nelegálních návykových látek a rizikového chování souvisejícího s užíváním NL, ukončení a omezení kriminálního chování a v neposlední řadě příprava pro nástup do léčby, která povede k detoxifikaci a abstinenci již bez podpory substituční látky. V Českém prostředí se substituční léčba dělí na základní substituční léčbu, rozšířenou substituční léčbu, komplexní substituční léčbu, minimální substituční léčbu. Tyto formy se liší zejména zařízením, které je poskytuje a intervencemi, které jsou v rámci léčby nabízeny od samotného podávání substituční látky (minimální substituční léčba) až po intervence jako psychoterapie, poradenství, terapie somatických a psychických poruch atd. (komplexní substituční léčba).

Mezi indikační kritéria vstupu do substituční léčby patří diagnózy dle MKN-10 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů: F11.1 Škodlivé užívání, F11.2 Syndrom závislosti, F11.3 Odvykací stav, F11.4 Odvykací stav s deliriem. Mezi poskytovatele substituční léčby mohou patřit praktičtí lékaři, psychiatři a specializovaná



substituční centra. Mezi kontraindikace vstupu do substituční léčby patří akutní intoxikace alkoholem a léčba inhibitory MAO a 14 dní po ukončení této léčby (Popov & Zábranský, 2008). Od roku 1997, kdy v ČR substituční léčba funguje, byl podáván zejména Metadon – ve formě sirupu. Od roku 2001 je na trhu také přípravek Subutex, který obsahuje látku buprenorfin a v roce 2008 byl na trh uveden Suboxone, ten kromě buprenorfinu obsahuje také naloxone (Nechanská, 2018).

Metadon je možné podávat pouze ve specializovaných substitučních centrech. Subutex a Suboxone může předepsat každý lékař, omezení je dáno pouze nutností k předpisu používat recept s modrým pruhem tzv. opiátový recept (Nechanská, 2014). Od roku 2015 funguje Národní registr léčby uživatelů drog, který vznikl spojením dvou registrů a to Registru žádostí o léčbu hygienické služby a Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek, který zpracovával Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Základním cílem tohoto registru v rámci substituční léčby je zabránění vícenásobné preskripce substituce u různých zdravotnických zařízení (Nechanská, 2018). V roce 2016 podstupovalo substituční léčbu závislosti na opioidech v České republice celkem 2 266 osob, jejich průměrný věk činil 36,4 let (Nechanská, 2017). V roce 2017 bylo hlášeno v registru 2 249 osob, průměrný věk léčených osob byl v roce 2017 37,1 let (Nechanská, 2018). Nechanská (2018) také upozorňuje, že do registru jsou nahlášeny pouze osoby ze zdravotnických zařízení, která plní svou zákonnou povinnost a hlásí pacienty. Přípravky na bázi buprenorfinu totiž mohou předepisovat všichni lékaři bez nutnosti specializace, a tak jsou předepisovány i bez nahlášení pacienta do registru. Oprávněný předpoklad tedy počítá s vyšším množstvím osob léčených přípravky na bázi buprenorfinu.

### **3.1.2 Substituční léčba závislosti na opioidech v zahraničí**

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2017) popisuje substituční léčbu jako nejčastější volbu léčby závislosti na opioidech, zpravidla kombinovanou s psychosociálními intervencemi. Vyzdvihuje také prospěch této léčby na základě zaznamenaných pozitivních výsledků, jako jsou snížené škody a úmrtnost v souvislosti s drogami, delší udržení pacientů v léčbě, minimalizace užívání nelegálních opioidů a rizikového chování.

V Evropské unii byla v roce 2015 substituční léčba závislosti na opioidech poskytnuta 630 000 uživatelům opioidů. Mezi lety 2010 a 2015 byl zaznamenán pokles počtu klientů o 6%. Tento klesající trend může být vysvětlen klesající poptávkou, zmenšující se a stárnoucí populací chronických uživatelů opioidů a taky jiným zaměřením cílů léčby v některých zemích. Nejčastěji podávanou substituční látkou je metadon (63%), následovaný buprenorfinem (35%), poslední látkou předepisovanou k substituci

opioidové závislosti je diacetylmorfin nebo morfin s pomalým uvolňováním, jenž je v Evropě předepisován pouze příležitostně – ve 2% případů (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2017).

United Nations Office on Drugs and Crime (2017) popisuje zneužívání opiátových předpisů na metadon a buprenorfin v Evropě. Ve Švédsku prováděli Johnson & Richert (2015) výzkum ohledně zneužívání předepsaného buprenorfinu a metadonu. Data byla sbírána pomocí strukturovaných rozhovorů, do studie se zapojilo 411 respondentů – pacientů substitučních programů, přičemž 280 rozhovorů bylo sesbíráno výzkumníky a 131 bylo peer interviews. Ve výsledcích se ukázalo, že 24,1% respondentů v posledním měsíci nahlásilo prodání nebo sdílení substituce, 67,6% odpovědělo, že někdy v životě prodali nebo sdíleli substituci.

Riziko zneužití se ukázalo být vyšší u čistého buprenorfinu než kombinace buprenorfin + naloxone. Fakt, že míra zneužití se zde ukázala vyšší, než v předešlých studiích, si autoři vysvětlují novou metodologickou strategií a částečně také nízkým přístupem k substituční léčbě opioidové závislosti ve Švédsku. Dale-Perera et al. (2012) provedli výzkum v devíti evropských státech, kterého se zúčastnilo 2298 pacientů současně v léčbě, z nichž 24% vypovědělo, že někdy prodali, vyměnili nebo sdíleli substituci. Výzkum ukázal značné rozdíly ve zneužívání mezi jednotlivými zeměmi (nejnižší 15,6 % v Portugalsku a nejvyšší 39,1 ve Francii). Ve stejné studii se ve výsledcích také ukázalo, že větší míra dohledu při substituci byla spojena s menší mírou zneužívání substituce.

Světová zdravotnická organizace sepsala Návod na substituční léčbu opioidové závislosti s podporou psychosociálních intervencí. WHO popisuje agonistickou udržovací opioidovou léčbu v kombinaci s psychosociálními intervencemi jako nejefektivnější. Ve srovnání s detoxifikační léčbou nebo bez léčby metadonová substituční léčba (většinou pod dohledem) výrazně snižuje užívání jiných opioidů, trestnou činnost, rizikové chování, předávkování a úmrtnost v souvislosti s užíváním NL. Jak substituce buprenorfinem, tak metadonem vykazují dobré výsledky, obecně ale z klinických studií vyplývá, že metadon je účinnější a doporučuje se více také z důvodu nižší ceny. Ovšem vzhledem k faktu, že buprenorfin disponuje trochu jinými farmakologickými účinky, může možnost výběru mezi těmito farmaky přilákat do léčby více klientů/pacientů (WHO, 2009).

Sullivan & Fiellin (2008) popisují výhody buprenorfinu v menším riziku dechové deprese, předávkování a lepší dostupnosti buprenorfinu, který mohou předepisovat praktičtí lékaři a klienti si je mohou vyzvednout v lékárnách, přičemž metadon musí být vydáván pouze v centrech k tomu určených. Hser et al (2014) uskutečnili sekundární analýzu, která zahrnovala 1267 uživatelů opioidů, kteří se léčili v devíti různých zařízeních mezi lety 2006 až 2009 a byli náhodně rozděleni do skupin užívajících buprenorfin nebo metadon po dobu 24 týdnů. Výzkumníci dospěli k závěru, že dokončení léčby byla

úspěšnější u užívání metadonu (74%) než buprenorfinu (46%), retence v léčbě byla také vyšší u uživatelů metadonu (141,3 dní) než buprenorfinu (103,8 dní). Obě skupiny vykazovaly vyšší retenci v léčbě se zvyšujícími se dávkami substituce. V Austrálii prováděli Burns et al (2015) longitudinální studii srovnávání retence v léčbě při užívání metadonu ve srovnání s buprenorfinem u závislých na opioidech. Studie probíhala retrospektivně od roku 2001 do roku 2010. Účastníci byli klienti, kteří vstupují do substituční léčby poprvé – konkrétně 7183 klientů, kteří zahájili léčbu buprenorfinem a 8417 klientů, kteří zahájili léčbu na metadonu. Ve výsledcích studie se ukazuje, že retence v léčbě delší než 3 měsíce byla u buprenorfinu nižší (44%) než u metadonu (70%). Ovšem v průběhu studie se retence u buprenorfinu zlepšovala, zatímco u metadonu zůstala přibližně stejná. Studie také ukazuje, že nově nastupující do léčby byli v průběhu sledování starší než v počátku studie. Ve stejné studii se také ukázalo, že ti, kteří nastoupili léčbu metadonem, měli rozmanitější trestnou anamnézu.

Buprenorfin a metadon mají své specifické výhody. Správně užívaný prostředek může pomoci vybraným pacientům zabránit užívání nelegálních opiátů a zároveň zlepšovat duševní zdraví a kvalitu života. Indikace léčiva se musí opírat o drogovou anamnézu, osobní charakteristiky a životní situaci jednotlivých pacientů (Bonhomme et al., 2012).

Návod WHO také obsahuje podrobné doporučení dávkování jak metadonu, tak buprenorfinu a jak v léčbě postupovat. V dalších pár řádcích bych ráda vypsala některá z minimálních doporučení, která WHO v návodu navrhuje:

### ***Minimální doporučení WHO ohledně substituční léčby opioidové závislosti:***

Léčba by měla být dostupná znevýhodněným skupinám obyvatel. Pacienti musí poskytnout informovaný souhlas s léčbou. Školení pracovníků v léčbě závislosti na opioidech by měli být vycvičení trénovaným zdravotnickým personálem – úroveň tohoto vzdělávání by měla být dána mírou odpovědnosti a vnitrostátními předpisy. Měla by být zachována zdravotní dokumentace, která by měla obsahovat klinické vyšetření, diagnózu, zdravotní anamnézu, sociální status, léčebný plán a jeho revize, předepsané léky a informovaný souhlas. Předpisy by měly být flexibilní ohledně dávkování a délky trvání léčby. Mělo by být provedeno individuální posouzení, které zahrnuje: minulé zkušenosti s léčbou, psychiatrickou anamnézu, zdravotní anamnézu, životní podmínky, právní problémy, sociální a kulturní faktory, které mohou ovlivnit užívání látky, klinické vyšetření – intoxikace, abstinenční příznaky. Testování z moči na přítomnost opiátů v počátku léčby, pokud nelze prokázat historie užívání opiátů jinak. Dále doporučuje v kombinaci se substituční léčbou psychosociální intervence jako kognitivní a behaviorální intervence a techniky Contingency management. Ačkoli WHO doporučují kombinaci substituční léčby s psychosociálními intervencemi pro všechny pacienty, upozorňují,

že pokud o to samotní pacienti nemají zájem, neměla by jim být zamítnuta samotná efektivní farmakologická léčba. Mělo by se poskytovat poradenství ohledně návazných služeb a taky možnost navázání kontaktu s rodinou (WHO, 2009).

## 3.2 Farmakoterapie závislosti na metamfetaminu

Vývoj účinné léčby závislosti na metamfetaminu se stal naléhavou věcí. V současné době neexistují farmaka, která by byla oficiálně schválena jako substituční látka. Lepší porozumění neurobiologii závislosti na metamfetaminu vedlo k vývoji řadě potenciálně užitečných farmak. Strategie výzkumu se do značné míry podobá výzkumu substituční léčby závislosti na kokainu a zaměřuje se na podobné farmakologické cíle a používá podobné preklinické a klinické metody (Karila et al., 2010) Mezi látky, které vykazaly případnou efektivitu při vyvíjení farmakoterapie závislosti na metamfetaminu podle zahraničních studií, bychom mohli zařadit: dextroamfetamin (Longo et al., 2010; Galloway, 2011), modafinil (Lashkaripour et al., 2017), topiramat (Rezaei et al., 2016), risperidon (Solhi et al., 2013), metylfenidát (Ling et al., 2014).

### 3.2.1 Dopaminergní léčiva

#### 3.2.1.1 Modafinil

Studie 1 (Lashkaripour et al., 2017).

**Studie** – dvojitě zaslepená randomizovaná, placebem kontrolovaná studie.

**Průběh studie** – studie trvala 12 týdnů, každý týden musel proběhnout 1 test na přítomnost MA v moči, na konci studie 12 testů z moči.

**Dávkování** – 200 mg modafinilu/den.

**Kritéria pro zařazení** – závislost na metamfetaminu dle DSM-IV-TR, mužské pohlaví, věk 18 – 64 let, pozitivní test z moči na MA/amfetamin, žádné kontraindikace užívání Modafinilu.

**Kritéria pro nezařazení** – užívání jiných drog s výjimkou metadonu a nikotinu, anamnéza psychiatrické poruchy v Axis I kromě deprese, zdravotní stav, který by mohl interferovat s užíváním modafinilu, sebevražedné myšlenky a agrese, účast současně v jiné studii.

**Vzorek** – 50 mužů s amfetamin/metamfetamin závislostí, pacienti psychiatrické kliniky v Iránu, současně v udržovací léčbě metadonem.

**Výsledek** – Výsledky naznačují, že modafinil nebyl účinný ve snížení užívání MA, výsledky naznačovaly jistou efektivitu ve snížení cravingu a míře závislosti (posuzováno Addiction Severity Index, Visual Analogue Scale of Craving).

Studie 2 (Shearer, 2009)

**Studie** – dvojitě zaslepená randomizovaná, placebem kontrolovaná studie.

**Průběh studie** – Studie probíhala v Sydney, trvala 10 týdnů, po kterých následovalo 12 týdnů follow up, kdy se po 12 týdnech po ukončení dotazovali na pokroky následující po léčbě a užívání NL. Účastníci navštěvovali kliniku 1x týdně, kde podávali hlášení o nežádoucích a vedlejších účincích, cravingu a byli vyšetřeni lékařem. Každý z účastníků studie obdržel za každý test z moči nebo rozhovor 10 \$.

**Dávkování** – 200mg/den modafinilu.

**Kritéria pro zařazení** – závislost na metafetaminu podle DSM-IV, konfirmační test z moči na přítomnost MA na začátku studie.

**Kritéria pro nezařazení** – duševní či somatické onemocnění, které je závažné a nekontrolované, jedinci s duální diagnózou byli přijati po konzultaci s jejich lékařem, těhotné, kojící ženy, ty, které odmítají používat antikoncepční ochranu v průběhu studie

**Vzorek** – 80 účastníků žádajících o léčbu (zdravotní služby a specializovaná centra pro léčbu závislosti).

**Výsledek** – ve studii se neukázaly žádné rozdíly mezi skupinou užívající modafinil a skupinou užívající placebo v abstinenci, retenci v léčbě, cravingu nebo míře závažnosti závislosti. Skupina užívající modafinil měla v průběhu studie více negativních výsledků na přítomnost MA v moči než skupina užívající placebo. Skupina užívající modafinil také vykazala v self - reportech nižší užívání stimulantů v posledních 28 dnech. Účastníci, kteří neměli žádnou jinou látkovou závislost a byli ve skupině užívající modafinil, dosáhli největšího snížení užívání MA ve srovnání se skupinou užívající placebo.

### Studie 3 (Heinzerling et al., 2010)

**Studie** – dvojitě zaslepená randomizovaná, placebem kontrolovaná studie.

**Průběh studie** – 2 týdny prověřování, následované náhodným rozdělením do skupiny užívající modafinil nebo placebo v kombinaci s KBT a CM podobu 12 týdnů. Účastníci navštěvovali kliniku 3x týdně – byly odebrány vzorky moči na přítomnost MA, poskytnuta KBT, monitorování bezpečnosti účastníka.

**Dávkování** – první 3 dny 200mg/den modafinilu, 400 mg/den 11 týdnů, poslední 3 dny snížení opět na 200mg/den.

**Kritéria pro zařazení** – věk 18+, závislosti na MA podle DSM-IV-TR, klienti ochotní a schopni dodržet postupy studie, ochotní a schopni podepsat informovaný souhlas, pokud se jednalo o osobu ženského pohlaví s možností otěhotnění, ne těhotná, kojící, užívající nebo ochotná užívat vhodnou antikoncepční ochranu.

**Kritéria pro nezařazení** - zdravotní stav, který může podle úsudku lékaře narušit bezpečnou účast na studii - aktivní tuberkulóza, nestabilizované srdeční, ledvinové nebo jaterní onemocnění, nekompensovaný diabetes, vysoký tlak, AIDS, zvýšené jaterní enzymy 4x nad normu. Neurologické nebo psychiatrické onemocnění nesouvisející s užíváním NL, sebevražedné myšlenky, medikace, která je kontraindikována s medikací

podávanou ve studii, závislost na kokainu, opiátech, alkoholu, benzodiazepinech v nynější době, závislost na alkoholu v předešlých 3 letech, anamnéza narkolepsie, citlivost na modafinil, jakékoli jiné okolnosti, které by podle výzkumníků mohly ohrozit účastníkovu bezpečí.

**Vzorek** – 71 účastníků závislých na MA hledajících léčbu v Los Angeles.

**Výsledek** – studie nenaznačuje žádný signifikantní efekt modafinilu ve srovnání s placebem na užití MA, retenci v léčbě, depresivní symptomy nebo craving.

### 3.2.1.2 *Dextroamfetamin*

#### Studie 1 (Longo et al., 2010)

**Studie** – Randomizovaná dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná studie.

**Průběh studie** - po stabilizačních 2 týdnech následovaly maximálně 3 měsíce udržovací léčby. Účastníci docházeli do zařízení každý den, kdy jim byla vydána medikace, byl jim změřen pulz a tlak, vyplněn dotazník Amphetamine Withdrawal Questionnaire a dotazník na nežádoucí účinky, v rámci léčby poskytnuta KBT terapie – 4 sezení. Po dokončení udržovací léčby následovalo období 1 měsíce, kdy jim byla medikace postupně vysazována, aby se zabránilo abstinenčním příznakům. Užívání metamfetaminu bylo kontrolováno analýzou vlasů v kombinaci se self - reportem.

**Dávkování** – 2 týdny stabilizační období, kdy bylo možné navýšovat dávky – 20mg/den iniciační dávka, navýšení 10mg/den podle potřeby do stabilizace účastníka nebo do maximální dávky 110mg/den.

**Kritéria pro zařazení** – závislost na metamfetaminu podle DSM-IV, užívání metamfetaminu 3x/týden a častěji v posledních 12 – ti měsících, pozitivní test z moči na MA.

**Kritéria pro nezařazení** – závislost na jiných NL (vyjma nikotinu), krátké vlasy – pro vlasovou analýzu, závažné psychiatrické nebo somatické obtíže, těhotné ženy, užívání antipsychotik nebo antidepresiv, nemožnost každodenního docházení pro medikaci.

**Vzorek** – 49 účastníků, rekrutovaných v Jižní Austrálii ze specializovaných zařízení na léčbu závislosti na NL, rozdělení do dvou skupin užívající dexamfetamin (n=23) nebo placebo (n=26).

**Výsledek** – V obou sledovaných skupinách došlo k poklesu užívání metamfetaminu, stupně závislosti a závažnosti abstinenčních příznaků. Účastníci ze skupiny užívající dexamfetamin zůstali v léčbě déle (86,3 dní Dexamfetamin x 48,6 dní placebo) a měli nižší stupeň závislosti na metamfetaminu na konci studie.

#### Studie 2 (Galloway, 2011).

**Studie** – randomizovaná dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná studie.

**Průběh studie** – Studie trvala 8 týdnů, v rámci studie 1x/týden 50 min. terapie založená na motivační práci, odběry moči prováděny 2x týdně na přítomnost MA.

**Dávkování** – 60mg/den Dextroamfetaminu.

**Kritéria pro zařazení** – věk 18 – 50 let, závislost na metamfetaminu podle DSM-IV-TR, vyhledávající léčbu závislosti na MA, alespoň 1 pozitivní test moči během sledování.

**Kritéria pro nezařazení** – závažné onemocnění, těhotenství, užívání jakékoli zkoumané medikace v posledních 30 dnech, soudně nařízená léčba, účast na jiné drogové nebo alkoholové léčbě v posledních 30 dnech, závislost na opiátech, alkoholu, sedativech, hypnotikách vyžadující detoxifikaci za pomoci zdravotnického zařízení, přítomnost závažné posttraumatické stresové poruchy, mánie, hypomanie v posledních 90 dnech. Schizofrenní poruchy kdykoli v anamnéze.

**Vzorek** – 60 účastníků.

**Výsledek** – výsledky studie naznačují, že Dextroemfetamin může snížit abstinenci příznaky a craving.

### Studie 3 (Shearer, 2001)

**Studie** – pilotní randomizovaná studie.

**Průběh studie** – Studie trvala 12 týdnů, všem účastníkům byla nabídnuta péče o uživatele amfetaminu – 1x/týden konzultace. Odběry moči 1x/14 dní.

**Dávkování** – iniciační dávka 20mg/den, zvyšována o 5mg/den na maximální dávku 60mg/den, poslední 2 týdny snížena na 40 mg/den.

**Kritéria pro zařazení** – dobrý zdravotní stav, závislost na amfetaminu podle Composite International Diagnostic Interview.

**Kritéria pro nezařazení** – ADHD, psychotické poruchy.

**Vzorek** – 41 uživatelů závislých na amfetaminu hledajících léčbu v Sydney.

**Výsledek** – nebyly hlášeny žádné vedlejší účinky dexamfetaminu nebo psychotické poruchy. V obou skupinách se snížil počet pozitivních testů moči na přítomnost metylamfetaminu po 6 týdnech ve srovnání s počátkem studie, po 12 týdnech zůstal u léčebné skupiny stejný, ale u kontrolní skupiny se počet pozitivních testů zvýšil. Výsledky také ukázaly, že se snížilo užívání nelegálního amfetaminu.

### 3.2.1.3 Bupropion

#### Studie 1 (Shoptaw et al., 2008)

**Studie** - dvojité zaslepená, randomizovaná, placebem kontrolovaná studie vlivu bupropionu v léčbě závislosti na metamfetaminu.

**Průběh studie** - Samotná studie začala dvoutýdenním pozorováním a lékařským vyšetřováním, následovaným rozdělením do dvou skupin – na skupinu užívající bupropion a skupinu užívající placebo, obě skupiny zároveň podstupovaly KBT a CM v rámci studie.



Účastníci navštěvovali kliniku 3x/týden, kde jim byly udělány testy z moči na přítomnost MA, dostali medikaci a účastnili se psychosociálních intervencí.

**Dávkování** - 150 mg 2x/den.

**Kritéria pro zařazení** - 18 let a starší, závislost na metamfetaminu podle DSM-IV-TR, podepsání informovaného souhlasu, pokud se jednalo o osobu ženského pohlaví s možností otěhotnění, ne těhotná, kojící, užívající nebo ochotná užívat vhodnou antikoncepční kontrolu.

**Kritéria pro nezařazení** - zdravotní stav, který by mohl být nebezpečný pro účastníka studie - aktivní tuberkulóza, nestabilizované srdeční neb jaterní onemocnění, nekompenzovaný diabetes, vysoký tlak, AIDS, zvýšené jaterní enzymy 3x nad normu. Neurologické nebo psychiatrické onemocnění nesouvisející s užíváním NL, sebevražedné myšlenky, medikace, která interaguje s medikací podávanou ve studii, závislost na kokainu, opiátech, alkoholu, benzodiazepinech v nynější době, závislost na alkoholu v předešlých 3 letech, historie záchvatů nebo poranění hlavy, anorexie, bulimie v anamnéze, citlivost na bupropion v anamnéze.

**Vzorek** – zúčastnilo se 73 jedinců v ambulantních zařízeních v Los Angeles.

**Výsledek** - Studie nepotvrdila účinnost bupropionu v léčbě závislosti na metamfetaminu v plánované analýze. V rámci post hoc analýzy bylo zjištěno, že bupropion snížil užívání metamfetaminu více mezi uživateli s mírnějším typem závislosti než u skupiny užívající placebo. Dále výsledky ukázaly u skupiny užívající bupropion redukcí kouření cigaret.

### Studie 2 (Elkashef et al., 2008)

**Studie** - dvojitě zaslepená randomizovaná, placebem kontrolovaná studie.

**Průběh studie** – Studie probíhala 12 týdnů, předcházela ji dvoutýdenní pozorovací doba a po ukončení následoval čtyřtýdenní follow up. Účastníci navštěvovali kliniku 3x týdně, kde jim byly provedeny testy z moči na přítomnost MA/amfetamin a vyplnili self – report o užití NL a nahlásili jakékoli nepříznivé účinky. Obě skupiny zároveň měly zajištěny 3x týdně 90min. skupinovou KBT.

**Dávkování** - v prvních 3 dnech 150 mg/den bupropionu SR a v následujících 11 týdnech 300mg/den bupropionu SR, poslední 3 dny studie opět 150mg/den bupropionu SR.

**Kritéria pro zařazení** - věk 18-65 let, závislost na metamfetaminu podle DSM-IV.

**Kritéria pro nezařazení** - závažné zdravotní onemocnění, záchvatovité onemocnění, těhotenství, kojení, psychiatrické onemocnění, které musí být medikováno a soudně nařízená léčba.

**Vzorek** - 151 jedinců z USA.

**Výsledek** – Hlavní poznatek této studie ukazuje, že bupropion snížil užívání metamfetaminu u mužů, kteří na začátku studie vykazovali mírnou až střední frekvenci užívání MA (≤18 dní v posledních 30 - ti dnech).



### Studie 3 (Heinzerling et al., 2014)

**Studie** - dvojité zaslepená randomizovaná, placebem kontrolovaná.

**Průběh studie** - Trvání studie bylo 12 týdnů, účastníci dostávali zásoby léků na 2 týdny dopředu, 1x/týden lékaři kontrolovali nežádoucí účinky, kontrolovali počet tabletek. 3x/týden byly prováděny testy z moči na přítomnost MA. Po dokončení 12 týdnů docházeli ještě 4 týdny, kvůli hodnocení bezpečnosti po ukončení substituční léčby.

**Dávkování** – v prvních 3 dnech 150 mg/den bupropionu SR a v následujících 11 týdnech 300mg/den bupropionu SR, poslední 3 dny studie opět 150mg/den bupropionu SR.

**Kritéria pro zařazení** - věk 18+, DSM-IV-TR diagnostika závislosti na MA, na začátku studie užívání MA 29 dní nebo méně v posledních 30 dnech – vyřazení denní uživatelé, ochotní a schopni dodržet postupy studie, schopní podat informovaný souhlas, pokud ženy – ne těhotné či kojící a ochotné používat antikoncepci v průběhu studie.

**Kritéria pro nezařazení** - zdravotní stav, který může podle úsudku lékaře narušit bezpečnou účast na studii, současná neurologická nebo psychiatrická porucha, která nesouvisí s užíváním NL nebo anamnéza, která by mohla kompromitovat informovaný souhlas, v posledních 30 dnech sebevražedné pokusy nebo současné sebevražedné myšlenky, užívání medikace, která je kontraindikována v kombinaci s bupropionem, současná závislost na kokainu, opiátech, alkoholu nebo benzodiazepinech podle DSM-IV-TR, závislost na alkoholu v posledních 3 letech, anamnéza záchvatovitých onemocnění, zdravotní stav jako poranění hlavy, které zvyšuje riziko záchvatů, medikace, která snižuje prahovou hodnotu pro záchvaty, anorexie, bulimie v anamnéze, nestabilizovaná hypertenze, citlivost na bupropion, účast na jiných studiích, zahrnujících medikaci.

**Vzorek** - 84 jedinců závislých na MA v Los Angeles.

**Výsledek** – 2 předcházející studie účinnosti bupropionu u léčby závislosti na MA prokázaly efekt u uživatelů MA, kteří měli nižší frekvenci užívání než je denní užívání. Tato studie se tedy zaměřila pouze na uživatele MA, kteří neužívají denně. Ve studii nebyl prokázán výrazný rozdíl mezi skupinou užívající placebo a bupropion v primární analýze. Ovšem v sekundárních výsledcích, kdy v rámci post-hoc analýzy byla u skupiny užívající bupropion: abstinence na konci léčby, skóre účinnosti léčby, retence v léčbě vyšší u těch kteří byli hodnoceni jako adherentní k léčivu (hodnoceno pomocí plazmatických hodnot bupropionu). Výsledky studie naznačují, že současné studie substituční léčby závislosti na stimulantech nemusí prokazovat účinnost mimo jiné, kvůli vysoké míře non adherence.

### Studie 4 (Anderson et al., 2015)

**Studie** - dvojité zaslepená randomizovaná, placebem kontrolovaná.

**Průběh studie** – Studie probíhala 12 týdnů, předcházela ji dvoutýdenní pozorovací doba a po ukončení následoval čtyřtýdenní follow up. Účastníci navštěvovali kliniku 3x týdně,

kdy jim byly prováděny testy z moči na přítomnost MA a probíhala 90 minutová skupinová KBT.

**Dávkování** - v prvních 3 dnech 150 mg/den bupropionu SR a v následujících 11 týdnech 300mg/den bupropionu SR, poslední 3 dny studie opět 150mg/den bupropionu SR.

**Kritéria pro zařazení** – závislost na MA podle DSM-IV, alespoň 1 pozitivní test z moči na přítomnost MA v průběhu screeningového období, ovšem kvůli pomalé rekrutaci bylo kritérium změněno na vstup i bez pozitivního testu z moči, v tom případě dosvědčovala rodina, zdravotní nebo soudní záznamy, na začátku studie užívání MA 29 dní nebo méně v posledních 30 dnech – vyřazení denní uživatelé.

**Kritéria pro nezařazení** - závažné zdravotní onemocnění, záchvatovité onemocnění, těhotenství, kojení, psychiatrické onemocnění, které musí být medikováno a soudně nařízená léčba, nestabilizovaná hypertenze, anamnéza ztráty vědomí delší než 5 minut, nestabilní diabetes s hypoglykémii v posledním roce a antiretrovirová medikace.

**Vzorek** – 204 účastníků, rozdělení 104 – placebo, 100 – bupropion.

**Výsledek** – data naznačují, že bupropion nemá vliv na zvýšení abstinence mezi závislými uživateli MA, kteří užívají s menší frekvencí než denní užívání. Nepotvrdily tedy výsledky studie z roku 2008, kterou prováděli Elkashef et al.

#### **3.2.1.4 Risperidon**

Antagonista dopaminových receptorů

Studie 1 (Solhi et al., 2013)

**Studie** – klinická studie.

**Průběh studie** - Těchto 86 pacientů bylo náhodně rozděleno do 2 stejně velkých skupin – skupina R (risperidon) a skupina M (metyfenidát). Pacienti byli vyšetřováni lékařem každý týden. Na začátku a na konci studie byli hodnoceni na míru cravingu, psychologické, neurologické, somatické potíže.

**Dávkování** - Skupina R dostávala 1mg/den risperidonu v prvním týdnu, poté 2mg/den v dalších třech týdnech. Skupina M dostávala 10 mg/den po dva týdny, 7,5mg/den třetí týden, 5mg/den poslední týden.

**Kritéria pro zařazení** – diagnostika dle DSM-IV - závislost na metamfetaminu, kteří byli odesláni do rehabilitační kliniky fakultní nemocnice v Arak city v Iránu. Dalšími kritérii byly pozitivní testy z moči na metamfetamin, negativní historie zneužívání jiných NL a alkoholu, věk 18 – 65 let.

**Vzorek** - 86 pacientů.

**Výsledek** – Ve výsledku studii dokončilo 73 pacientů (35 skupina M a 38 skupina R). Výsledky studie ukazují přínos jak metylfenidátu, tak risperidonu v léčbě závislostí

na metamfetaminu. Obě látky snižovaly craving, psychologické, somatické a neurologické obtíže. Ovšem efektivita risperidonu se v této studii ukázala být vyšší.

### 3.2.1.5 Metylfenidát

#### Studie 1 (Miles et al., 2013)

**Studie** – randomizovaná dvojité zaslepená, placebem kontrolovaná studie.

**Průběh studie** - studie, ve které byl zkoumán vliv metylfenidátu v léčbě závislosti na metamfetaminu. Konkrétně se jednalo o metylfenidát s prodlouženým uvolňováním (Concerta®). Studie probíhala zároveň ve Finsku a na Novém Zélandu a trvala 22 týdnů. Účastníci museli docházet denně do zařízení pro léčbu závislosti, kde medikaci/placebo užívali pod dozorem. V průběhu studie byli účastníci kontrolováni 2 krát týdně na přítomnost amfetaminu/metamfetaminu v moči, ženám byly dělány těhotenské testy v 6., 14., a 22. týdnu studie. Dále byly každý týden vyplňovány craving skóre a self - report užití nelegálních látek.

**Dávkování** - V prvním týdnu dostávali dávku 18mg/den, 36mg/den v druhém týdnu a 54 mg/den po zbytek léčby.

**Kritéria pro zařazení** – věk 18-65let, diagnostikovanou závislost na amfetaminu/metamfetaminu podle DSM-IV, při vstupu pozitivní testy z moči na amfetamin/metamfetamin, absence kontraindikací pro užívání metylfenidátu.

**Kritéria pro nezařazení** - primární závislost na jiné NL, která vyžaduje lékařskou péči, souběžná léčba pro další diagnózu dle DSM-IV axis I, těhotenství, kojení, nevhodná antikoncepce, závažné somatické onemocnění, závažné riziko sebevraždy nebo násilí na jiných lidech.

**Vzorek** - 78 účastníků.

**Výsledek** – 76 dosáhlo alespoň jedné přidělené dávky a 27 dokončilo celých 22 týdnů. Studie nedemonstrovala rozdíl v počtu pozitivních testů z moči ani pokles craving skóre u skupin užívajících metylfenidát či placebo. Autoři studie mluví o tom, že to nemusí vypovídat o neúčinnosti metylfenidátu v léčbě závislosti na metamfetaminu/amfetaminu, jako spíš o nutnosti změnit dávkování metylfenidátu. V této studii se nepotvrdila prospěšnost metylfenidátu jako substituční léčby na amfetaminovou/metamfetaminovou závislost také z důvodu nízkého setrvání účastníku ve studii (34,2% účastníků dokončilo celých 22 týdnů).

#### Studie 2 (Ling et al., 2014)

**Studie** – Jednalo se o randomizovanou dvojité zaslepenou, placebem kontrolovanou studii v prvních deseti týdnech, která byla následována čtyřmi týdny jednoduše zaslepené placebo studií.

**Průběh studie** - výzkum probíhal v Kalifornii a na Hawaji od roku 2010 do roku 2013. V rámci studie byly také poskytovány incentivní motivace (Účastníci si při každém negativní testu losovali lístky s hodnotou od 1 do 10 \$ a po každých 4 negativních testech dostali bonus v hodnotě 5 \$) a skupinová terapie KBT 1x týdně. Účastníci navštěvovali kliniku 2x týdně, kde dostali dávku na aktuální den a také na další dny domů, při těchto návštěvách byly také prováděny testy z moči na přítomnost NL.

**Dávkování** - V 1. týdnu užívali 18mg/den metyfenidátu, v 2. týdnu 36mg/den metyfenidátu, v dalších týdnech 54mg/den metyfenidátu.

**Kritéria pro zařazení** – věk 18-59 let, diagnóza závislosti na metamfetaminu podle DSM-IV-TR.

**Kritéria pro nezařazení** – anamnéza záchvatovitých onemocnění nebo mozkových zranění, citlivost nebo předešlé zkušenosti s nežádoucí reakcí na metyfenidát, těhotenství nebo kojení, jakákoli zdravotní, neurologická nebo psychiatrická porucha, která by činila compliance studie složitou nebo nebezpečnou. Dále příbuzní z prvního stupně, kteří mají historii brzké kardiovaskulární morbidity či mortality. Užívání medikace, která by mohla interagovat se medikací podávanou ve studii.

**Vzorek** - 110 uživatelů metamfetaminu s diagnózou závislosti na metamfetaminu podle DSM-IV (90 Kalifornie, 20 Hawai).

**Výsledek** – Studie v závěru ukázala, že metyfenidát může redukovat užívání metamfetaminu a craving.

### Studie 3 (Tiihonen et al., 2007)

**Studie** – kontrolovaná randomizovaná studie.

**Průběh studie** - Studie trvala 20 týdnů. Těm předcházela dvoutýdenní prověřovací doba, kdy byli vyřazeni nevhodní uchazeči. Medikace byla podávána každý den od dozorem, vzorky z moči byly odebírány 2x týdně pod dozorem. Zároveň byla všem účastníkům poskytnuta psychosociální léčba (prvky kognitivní terapie, psychoedukace, poradenství a podpora).

**Dávkování** - 15 mg/den aripiprazolu, první týden 18mg/den metyfenidátu, 36mg/den 2. týden, 54 mg/den do konce léčby.

**Kritéria pro zařazení** – amfetamin/metamfetamin závislost diagnostikována dle DSM-IV, věk 18-65 let, intravenózní užívání amfetaminu/MA – potvrzeno analýzou moči.

**Vzorek** - 53 účastníků, které náhodně rozdělili do třech skupin – užívající aripiprazol (19), SR metyfenidát (17) a placebo (17). Skupina se nelišila v závažnosti závislosti, v demografických údajích, žádný z účastníků neužíval metamfetamin.

**Výsledek** – Dva účastníci, kteří byli ve skupině užívající aripiprazol, museli ze studie odejít kvůli horšícímu se zdravotnímu stavu (navýšení jaterních enzymů, kvůli kombinaci s HIV medikací, ischemická ataka z důvodu pokračování v užívání amfetaminu). U zbytku

skupiny nebyly sledovány takové vedlejší účinky, kvůli kterým by byli nuceni studii ukončit. Hlavní výsledky byly posuzovány na základě pozitivních testů z moči. Ve studii se ukázalo, že nejméně pozitivních testů z moči měla skupina užívající metylfenidát, přičemž skupina užívající aripiprazol měla více pozitivních testů než skupina užívající placebo. Výsledky této studie ukazují, že metylfenidát může signifikantně snížit intravenózní užívání amfetaminu.

#### Studie 4 (Rezaei et al., 2015)

**Studie** - dvojitě zaslepená randomizovaná, placebem kontrolovaná studie.

**Průběh studie** - Od roku 2013 do roku 2014 probíhala v Iránu. Celá studie trvala 10 týdnů, kdy účastníci byli rozděleni do dvou skupin – skupina 1 užívající metylfenidát SR, skupina 2 dostávala po 10 týdnů placebo. Medikace se rozdávala každý den pod dohledem pracovníka.

**Dávkování** - 18mg/den v prvním týdny, 36mg/den v druhém týdnu a 54 mg/den po zbytek týdnů.

**Kritéria pro zařazení** – závislost na metamfetaminu dle DSM-IV-TR, věk 18-65 let, pozitivní test z moči na metamfetamin při vstupu do léčby.

**Kritéria pro nezařazení** - jakékoli jiné duševní onemocnění uvedené v axis I kromě deprese, jakékoli závažné fyzické či neurologické onemocnění, IQ <70, užívání jiných NL kromě nikotinu a metadonu v posledních 6 měsících, v anamnéze diagnóza attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) v dětství, těhotenství a kojení, psychotické příznaky, které by vyžadovaly farmakoterapii a závažné sebevražedné myšlenky.

**Vzorek** - 56 jednotlivců. Mezi účastníky studie v obou skupinách nebyly výrazné rozdíly v psychiatrických potížích, demografických údajích, míře užívání NL.

**Výsledek** – Před ukončením 6. týdne vypadlo 12 účastníků z placebo skupiny a 10 účastníků ze skupiny užívající metylfenidát. V této studii se ukázalo, že metylfenidát může být účinný v redukování cravingu, který v počátku studie měly obě skupiny velmi podobné a na konci studie měla skupina užívající metylfenidát menší craving skóre než skupina užívající placebo. Ukázalo se také, že by metylfenidát mohl mít vliv na snížení užívání MA, kdy na konci studie bylo ve skupině užívající metylfenidát méně pozitivních testů na MA než u skupiny užívající placebo. Skóre depresivity bylo také nižší u skupiny užívající metylfenidát než u skupiny užívající placebo.

#### 3.2.1.6 Aripiprazol

Antipsychotikum 2. generace, jenž je parciálním agonistou dopaminu. Ve studiích se dosud neukázal být efektivním v možnosti substituční terapie závislosti na metamfetaminu. Ve studii, kterou prováděli Tiihonen et al. (2007), měla skupina užívající aripiprazol více pozitivních testů na amfetamin než skupina užívající placebo. Ve studii, kterou prováděli Newton et al. (2008), zase zvýšil příznaky odvykacího

syndromu. Taktéž studie z roku 2012 nepotvrdila efektivitu aripiprazolu v léčbě závislosti na metamfetaminu (Coffin et al., 2013).

### 3.2.2 GABA léčiva –

Snížením přenosu v mezo-limbickém dopaminovém systému mohou agonisté kyseliny aminomáselné (GABA) snížit posilující účinky stimulantů. Z tohoto důvodu byli GABA agonisté navrženi jako potenciální terapeutické látky pro léčbu závislosti na metamfetaminu. Studie byly prováděny s baclofenem, gabapentinem, vigabatrinem, hydroxyzinem, topiramatem. Kromě vigabatrinu, kde se ukázalo snížení užívání metamfetaminu a topiramatu, neměly látky vliv na snížení užívání metamfetaminu (Brodie et al., 2005; Karila et al., 2010; Rezaei et al., 2016).

#### 3.2.2.1 Topiramat

Studie 1 (Elkashef et al., 2012)

**Studie** - randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná studie.

**Průběh studie** – Studie probíhala v USA v osmi zdravotnických centrech. Pokud uchazeči splňovali kritéria, začalo 14denní období, kdy probíhalo základní hodnocení a pozorování, které trvalo v průběhu 28 dní před randomizací. Během základního hodnocení musel být alespoň jeden test z moči pozitivní na metamfetamin, během pozorovacího období musely být pozitivní vzorky minimálně 4. Samotná studie trvala 13 týdnů. Účastníci studie odevzdávali vzorky moči 3x týdně. 1x týdně dostávali účastníci krátkou behaviorální léčbu pro zvýšení compliance (podpůrný program). Přibližně 4 týdny po ukončení léčby bylo sledovací období.

**Dávkování** – 25mg/den, během 35 dní se dávka navyšovala na konečnou dávku 200 mg/den nebo do maximálně tolerované dávky účastníkem. Poslední týden se dávka snižovala – 3 dny 100 mg/den, 2 dny 50 mg/den, 2 dny 25 mg/den.

**Kritéria pro zařazení** – věk 18+, diagnóza závislosti a metamfetaminu dle DSM-IV

**Kritéria pro nezařazení** – zdravotní onemocnění, psychiatrické onemocnění, které by vyžadovalo užívání medikace, těhotenství, kojení, nefrolithiáza nebo porucha funkce ledvin, soudně nařízená léčba.

**Vzorek** – 140 účastníků, topiramat (n =69) placebo (n =71).

**Výsledek** – Primárním cílem bylo abstinence od metamfetaminu u těch, kteří v léčbě vydrželi 6 – 12 týdnů, kde účinnost topiramatu nebyla rozdílná od placeba. Sekundární výsledky ukázaly účinnost v redukování užívání metamfetaminu u těch, kteří v počátku léčby abstinovali. Autoři navrhuji, aby byl topiramat zvažován k prevence relapsu, než ke snížení užívání metamfetaminu u současných uživatelů.

### Studie 2 (Rezaei et al., 2016)

**Studie** - randomizovaná, dvojité zaslepená, placebem kontrolovaná studie.

**Průběh studie** – studie trvala 10 týdnů a probíhala v Iránu. Odběry vzorků moči probíhaly každé dva týdny.

**Dávkování** – první týden 50mg/den, navyšování o 50mg/týden dokud nedosaženo 200 mg/den, v posledním týdnu snižování na 100mg/den po 3 dny a 50mg/den po 2 dny.

**Kritéria pro zařazení** – závislost na metamfetaminu podle DSM-IV, věk 18-65 let.

**Kritéria pro nezařazení** – závislost na jiných NL kromě nikotinu a metadonu, závažné zdravotní onemocnění, současná závislost na opiátech, alkoholu, sedativech – hypnoticích, psychiatrická onemocnění, která jsou momentálně medikována, renální onemocnění, ADHD v dětství.

**Vzorek** – 62 účastníků. Topiramát (n = 31), placebo (n = 31).

**Výsledek** – Výsledky studie ukázaly, že topiramát by mohl být efektivní při farmakoterapii metamfetaminové závislosti. V 6. týdnu vykázala skupina užívající topiramát významně nižší počet pozitivních testů z moči proti skupině užívající placebo. Slibné výsledky také ukázala ve snížení užívání metamfetaminu a závažnosti závislosti.

### 3.2.3 Inhibitory cholinesterázy

Acetylcholin se podílí na posilujících a lokomotorických aktivačních účincích produkovaných metamfetaminem. Studie, která testovala rivastigmin v kombinaci s nitrožilním užíváním metamfetaminu trvala 2 týdny a výsledky ukazovaly, že dávky 3 mg snižovaly diastolický tlak a podle self - reportu craving a úzkost (De La Garza, R., Shoptaw, S., & Newton, 2008; Karila et al., 2010).

### 3.2.4 Serotonergní léčiva

#### SSRI

Mezi serotoninergní léčiva se řadí inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), které byly testovány na účinnost v léčbě závislosti metamfetaminu. Testovány byly např. fluoxetin, paroxetin - kontrolované klinické studie avšak neukázaly jejich účinnost v redukci užívání metamfetaminu. Výsledky studie, která kombinovala Matrix model a sertralin, neukázaly snížení užívání metamfetaminu a ukázala se zhoršená retence. (Karila et al., 2010).

#### Ondansetron

Antiemetikum, antagonist serotoninového 5-HT<sub>3</sub> receptoru, jehož aktivace zvyšuje aktivitu dopaminu v nucleus accumbens a blokování těchto receptorů je potenciálním způsobem léčby (Dremencov et al., 2006). Randomizovaná osmitýdenní studie, která kombinovala KBT s podáváním ondansetronu ovšem neukázala žádné lepší



výsledky ve snižování užívání metamfetaminu, cravingu nebo míře závislosti v porovnání s placebem (Johnson et al., 2008).

### Mirtazapin

Antagonista serotoninových, adrenergických a histaminových receptorů (De Boer, 1996). Antidepresivum s anxiolytickými a sedativními účinky, které bylo také zkoumáno v léčbě metamfetaminové závislosti. Ve studiích se ovšem neukázaly žádné zásadní léčebné účinky v léčbě závislosti na metamfetaminu (Cruishank et al., 2008).

### 3.2.5 Opioidní antagonist

Výsledky studie z roku 2004 ukázaly, že naltrexon může snížit posilující účinky amfetaminu prostřednictvím modulace opioidního systému (Jayaram-Lindström et al., 2004). Naltrexon se ukázal být také účinný ve 12 týdenní studii pro farmakoterapii závislosti na amfetaminu, kde byl dobře tolerován se střední mírou compliance (Jayaram-Lindström et al., 2005). Randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná studie s 80 účastníky, která probíhala 12 týdnů, ukázala snížení užívání amfetaminu u závislých na amfetaminu (Jayaram-Lindström et al., 2008).

### 3.2.6 Blokátory kalciových kanálů

Navrženy jako možnost farmakoterapie závislosti na metamfetaminu/amfetaminu pro jejich vliv na dopaminergní systém. Testovány byly konkrétně isradipin a amlodipin. Kontrolovaná studie amlodipidu ovšem neukázala žádnou účinnost ve snižování užívání amfetaminu nebo metamfetaminu (Karila et al., 2010).

### 3.2.7 Další

Další látky, které by mohly být v budoucnu testovány pro potenciální efektivitu ve farmakoterapii závislosti na amfetaminu/metamfetaminu jsou imunoterapeutika, léky ovlivňující endokanabinoidní systém nebo nikotinové látky (Karila et al., 2010).

## 3.3 Zkušenosti se substitucí metamfetaminu v České republice

U závislosti na metamfetaminu a doprovázejících psychopatologických komplikací nelze spoléhat na podporu medikace (Hampl, 2004).

V České republice prováděl MUDr. Hampl klinickou studii, jejíž předmětem byla substituční léčba metylfenidátem u uživatelky metamfetaminu, které tato metoda pomohla dosáhnout abstinence, která přetrvávala také po skončení léčby (Hampl, 2004). Druhou studii prováděl MUDr. Minařík také s metylfenidátem. Ve studii se pacientce také podařilo dosáhnout plné abstinence. Autor popisuje v závěru, že také samotná pacientka hodnotila vliv metylfenidátu jako významný, pomohl ji nestýkat se s komunitou uživatelů



NL, změnit životní styl, zvládat zaměstnání a mít věci uspořádané tak, aby byla spokojená. V roce 2015 prováděli Minařík et al. retrospektivní studii, kdy zkoumali databázi intravenózních uživatelů MA, kteří byli léčeni metylfenidátem a psychoterapií mezi léty 2007 – 2013. Subjektů bylo 24 pacientů a plnili tato kritéria: MA jako primární droga, aktivní uživatelé v době vstupu do léčby, primárně neléčen pro jinou psychiatrickou diagnózu, neužívající opiátovou substituci a ochotu vstoupit do léčby metylfenidátem. Pacienti navštěvovali zařízení 1x týdně v začátku léčby a následně přibližně 1x za měsíc. Substituční léčba začínala na 20 mg/den, kdy byly předány tablety 10mg s instrukcemi užívat 1-1-0 a následně se navyšovaly na 2-1-0 a 3-2-1. Mimo substituční léčby byla poskytována také individuální psychoterapie a sociální poradenství. Ve výsledku byla střední doba léčby 8 měsíců. Léčba skončila plnou abstinencí v deseti případech, kdy byla sledována do listopadu 2013 – konce sledovacího období. Nepříznivé účinky metylfenidátu byly přítomny pouze vzácně. Rozhodující pro udržení v léčbě byly první 4 týdny léčby. Autoři podotýkají, že je důležité nalézt vhodnou alternativní léčbu pro ty, kteří nereagují na farmakoterapii metylfenidátem. Autoři dále také popisují, že dle jejich zkušeností je substituční léčba závislosti na MA je obtížnější ve srovnání s opiátovou substituční léčbou. Mezi důvody uvádějí velmi úzké rozmezí pro titraci dávek – zamezení užívání MA, ale zároveň aby dávka nebyla tak vysoká, aby hrozil vznik psychóz a kardiovaskulárních onemocnění. Dávka v této studii byla dostatečně vysoká, aby v léčbě udržela uživatele s nízkým dávkováním MA, ale nikoli pro epizodické uživatele s vysokým dávkováním (Minařík et al., 2016).

### **3.3.1 Zájem uživatelů metamfetaminu o substituční léčbu.**

Eva Nezdarová (2014) mapovala v rámci své diplomové práce zájem aktivních uživatelů metamfetaminu o substituční léčbu, a také jejich ochotu k účasti na klinické studii efektivity substituční léčby. Studie byla prováděna pomocí kvantitativního dotazníkového šetření. Zúčastnilo se 130 respondentů, klientů nízkoprahových služeb pro uživatele drog na území hlavního města Prahy, konkrétně se jednalo o programy organizací Drop In o.p.s., SANANIM z.ú. a Progressive o.p.s. Výsledky ukázaly zájem o substituční léčbu u 40 % dotázaných účastníků. Ochotu zúčastnit se studie projevilo 76 % respondentů. Autorka popisuje nižší zájem o substituční léčbu a zájem zapojit se do klinické studie u klientů s příslušností k některé z národnostních menšin a klientů se stálým zaměstnáním.

# Výzkumná část

## 4. Metodologický rámec a metody

### 4.1 Výzkumný problém a cíle

Výzkumným problémem a cílem diplomové práce bylo zmapovat názory pracovníků ambulantních adiktologických zařízení na možnost zavádění substituční léčby závislosti na metamfetaminu.

Mezi mapované oblasti patřily následující: a. pohled pracovníků ambulantních zařízení na substituci metamfetaminu, jak se tento pohled vytvářel, b. vhodnost substituční léčby závislosti na metamfetaminu pro klienty, c. dosavadní zkušenosti v ambulantní léčbě uživatelů metamfetaminu, d. nastavení substituční léčby závislosti na metamfetaminu, e. informovanost pracovníků ohledně substituční léčby závislosti na metamfetaminu.

Byly definovány tyto výzkumné otázky:

**Hlavní výzkumná otázka:** Jaký je názor pracovníků ambulantních adiktologických zařízení na možnost zavádění substituční léčby závislosti na metamfetaminu?

**Vedlejší výzkumné otázky:**

1. Jaký je pohled pracovníků na substituci metamfetaminu, co tento jejich pohled modelovalo?
2. Pro jaké klienty/pacienty by substituční léčba závislosti na metamfetaminu byla podle pracovníků ambulantních adiktologických zařízení vhodná?
3. Jaké jsou dosavadní zkušenosti s léčbou uživatelů metamfetaminu v ambulantních adiktologických zařízeních?
4. Jak by měla být substituce závislosti na metamfetaminu postavena?
5. Jaký mají pracovníci přehled o substituční léčbě metamfetaminu, jaké jsou jejich zdroje informací o této problematice?
6. Potřebovali by pracovníci více informací k problematice substituce metamfetaminu?

### 4.2 Výzkumný soubor

Základní soubor tvořila ambulantní adiktologická zařízení (odborná zdravotnická zařízení zabývající se ambulantní léčbou uživatelů nelegálních i alkoholových návykových látek) v České republice, zanesené na Mapě pomoci (Národní monitorovací středisko, 2017), tedy 71 ambulantních zařízení. Následně pomocí kvótového účelového výběru bylo vybráno 25 ambulantních zařízení – Miovský (2006) tento výběr charakterizuje jako propracovanější formu účelového výběru – je potřeba definovat si podskupiny základního

souboru a poté dochází k cílenému výběru konkrétního počtu zástupců pro výběrový soubor. Kraje mají různou zkušenost se substituční opiátovou léčbou, např. v Pardubickém kraji není substituční opiátová léčba dostupná (Mravčík et al, 2017). Praha zase vykazuje nejvyšší počet uživatelů nelegálního buprenorfinu, 5 700 (údaj za rok 2016) z celkového počtu 7 300 uživatelů nelegálního buprenorfinu (Mravčík et al, 2017).

Výběrový soubor byl zvolen pomocí metody účelového výběru, konkrétně účelový výběr přes instituce. Miovský (2006) popisuje záměrný výběr přes instituce jako „*využívání určitého typu služeb nebo činnosti nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá.*“ Kritéria byla stanovena takto:

1. Minimální praxe v oboru 5 let
2. Minimálně středoškolské zdravotnické vzdělání - toto kritérium stanoveno kvůli povaze problému, kdy v substituční léčbě převažují zdravotničtí pracovníci (Libra et al, 2015), autorka tedy předpokládá větší orientaci v problematice
3. Pracuje v přímém kontaktu s klienty/pacienty
4. Souhlasí s účastí na výzkumu

Ambulantní zařízení byla nejprve oslovena formou e-mailu, a pokud ze zařízení nebyla žádná odezva, autorka práce zařízení kontaktovala telefonicky. Výběr respondenta v konkrétním zařízení byl omezen kritérii, které už byly popsány v předešlém odstavci a tato byla uvedena již v úvodním e-mailu pro zařízení. Ve výsledku s účastí na studii souhlasilo 9 zařízení, v ostatních případech pracovníci neodpovídali daným kritériím, nejčastěji nevyhovovali v kritériu zdravotnického vzdělání.

**Tabulka č.1: Respondenti – pohlaví, délka praxe v oboru, vzdělání, kraj ve kterém se ambulantní zařízení nachází**

<b>Kraj</b>	<b>Muž/žena</b>	<b>Délka praxe</b>	<b>Vzdělání</b>
<b>Královeshradecký R1</b>	Muž	10 let	Adiktologie/sociologie/gender studie
<b>Moravskoslezský R2</b>	Muž	10 let	Sociální práce
<b>Ústecký R3</b>	Muž	5 let	Adiktologie
<b>Praha 1 R4</b>	Žena	30 let	Speciální pedagogika/veřejné zdravotnictví/psychologie
<b>Praha 2 R5</b>	Žena	20 let	Adiktologie/všeobecná sestra
<b>Praha 3 R6</b>	Žena	6 let	Adiktologie
<b>Vysočina R7</b>	Žena	7 let	Adiktologie/pedagogika
<b>Středočeský R8</b>	Žena	5 let	Všeobecné lékařství
<b>Jihočeský R9</b>	Žena	5 let	Adiktologie

### 4.3 Metody sběru dat

Samotný rozhovor probíhal u tří respondentů v ambulantních zařízeních, které autorka práce navštěvovala. U zbývajících pěti respondentů byl rozhovor prováděn přes Skype kvůli finančním a časovým možnostem autorky práce. Rozhovor byl zaznamenáván na audio rekordér, popřípadě přímo do programu Skype. Po přepsání rozhovoru byly záznamy smazány. Při rozhovorech přímo v zařízeních v úvodní části rozhovoru autorka obeznámila respondenty o účelu výzkumu, vymezila čas, který bude potřeba rozhovorem strávit, informovala, kdo je, a pokusila se sjednat místo k rozhovoru, které co nejméně narušovalo chod zařízení. Poté byl respondentům předán informovaný souhlas s účastí na výzkumu a pořízení audiozáznamu. U rozhovorů přes Skype se autorka nejprve domluvila na vhodném čase, který pracovníkům vyhovoval a následně proběhl samotný rozhovor. Stejně jako u rozhovorů v zařízeních v první části proběhlo seznámení s účelem studie, autorka vymezila čas potřebný k rozhovoru, ústně požádala o informovaný souhlas s účastí na výzkumu a s nahráváním rozhovoru. Ve fázi vzestupu a upevnění kontaktu Miovský (2006) autorka kladla tzv. “zahřívací” otázky, aby se respondent a tazatel vyladili se svými komunikačními strategiemi, aby došlo k navázání alespoň částečné důvěry. Následně autorka pokládala otázky týkající se sociodemografických údajů, přičemž zdůraznila anonymitu výsledků, následně

se přešlo k samotnému jádru interview. V závěru interview autorka poděkovala za věnovaný čas a nabídla možnost zaslání zpracovaného výzkumu k nahlédnutí.

Sběr dat proběhl kvalitativní metodou rozhovor pomocí návodu. Hendl (2005) poukazuje na to, že výhodou této metody je možnost, že se dostane na opravdu všechna témata, která jsou pro tazatele důležitá. Dále také popisuje, že tazateli umožňuje co nejvýhodněji využít čas k rozhovoru a přizpůsobit formulaci otázek vzhledem k situaci, v jaké se nacházejí. Tato metoda např. oproti neformálnímu rozhovoru umožňuje lépe udržet zaměření rozhovoru, ale také je zde pro dotazovaného stále možnost uplatnit jeho zkušenosti a vlastní vyhlídky. Reichel (2009) řadí rozhovor podle návodu mezi polostrukturované rozhovory. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru může taky být, že tato jistá volnost může přispět k vytvoření jakéhosi přirozenějšího kontaktu respondenta a tazatele, komunikace může být lehčí a plynulejší.

Jak doporučuje Miovský (2006), bylo použito následné inquiry, tedy kladení různých doplňujících otázek, zda odpovědi správně chápeme a interpretujeme. Konkrétně tedy v začátku rozhovoru byly použity „zahřívací“ otázky, kdy se tazatel konkrétně např. ptal: *„Jak se jmenujete? Jaká je Vaše pracovní pozice v tomto zařízení? Jaké máte vzdělání? Jakou máte praxi? Kam zařízení spadá v rámci systému péče ČR? Kolik klientů máte ročně?“* Následně přešel ke speciálním otázkám týkajícím se už dané problematiky. Jádro interview tedy tvořily témata: 1. Osobní zkušenosti respondenta s léčbou uživatelů metamfetaminu (*Jaká je úspěšnost léčby uživatelů metamfetaminu ve vašem zařízení? Jak úspěšnost hodnotíte? Liší se léčebné intervence podle typu užívané návykové látky? Jaké procento z Vaší klientely tvoří právě uživatelé metamfetaminu? Lze Vaše klienty/pacienty rozdělit dle typu užívané NL?*) 2. Vhodnost substituční léčby pro jejich klienty/pacienty – uživatele metamfetaminu (*Myslíte si, že pro Vaše klienty/pacienty by byla substituční léčba vhodná? Pokud ano, tak proč. Pokud ne, tak proč?*) 3. Nastavení substituce (*Jak byste postavil substituční léčbu metamfetaminu? Byly by nějaké změny oproti opiátové substituci? Jaké by měly být podmínky vstupu do substituční léčby? Kým by substituce měla být hrazena? Proč?*) 4. Názor pracovníku na zájem o substituci ze strany klientů (*Myslíte si, že by klient/pacient Vašeho zařízení měli zájem o substituční léčbu metamfetaminu?*)

#### 4.4 Metody zpracování a analýzy dat

Pořízené nahrávky byly podle možností autorky v co nejkratším termínu po sběru přepisovány do textového editoru Microsoft Word. Byla použita doslovná transkripce (Hendl, 2005). Do textového editoru Word autorka přepisovala otázky výzkumníka tučně, každou na nový řádek a odpovědi respondenta kurzívou. Následně provedla autorka práce redukcí prvního řádu, kdy došlo k odstranění vycpávkových slov, různých zaznamenaných pauz, zvuků, částí vět, které nemají žádnou informační hodnotu (Miovský,

2006). Přepsaná data autorka následně kontrolovala opětovným poslechem, aby transkribovaná data porovnála s původním záznamem.

V rámci přípravy dat na analýzu používala autorka barvení textu (Miovský, 2006) – v textu byly vyhledána určitá témata, které se objevily a souvisely s cílem výzkumu, výzkumnými otázkami – každému tematickému celku byla přiřazena barva. V další fázi autorka hledala souvislosti mezi jednotlivými tématy, kategoriemi, hledala kategorie nové nebo možnosti dát více témat pod obecnější kategorii (Hendl, 2005). K samotné dílčí analýze autorka používala metodu zachycení vzorců (gestaltů) (Miovský, 2006). Autorka vyhledávala určité podobnosti, opakování příběhu, témat v konkrétních případech. Opakovaně také vyhledávala odlišnosti, které by mohly napovídat, že vytvořené konstrukty nemusely být vyhovující. Pro větší opravdovost a přesnější ukázkou názoru respondentů byly použity citace z rozhovorů.

## 4.5 Etika výzkumu

Účastníci výzkumu byli informováni nejprve e-mailovou formou o účelu studie, kdo bude tazatelem a jak následně bude nakládáno se sesbíranými daty. Jak při osobním setkání, tak telefonickém kontaktu byl vysloven informovaný souhlas s účastí na studii, kde byl opět vysvětlen účel a cíle studie, dobrovolnost vstupu do studie, možnost z výzkumu kdykoli odstoupit, nemožnost nároku na finanční ohodnocení za účast na výzkumu a anonymita. Následně bylo vysvětleno, jak se bude nakládat s citlivými údaji – ve studii zmíněny pouze kraje, ve kterých byly rozhovory provedeny, délka praxe účastníků, jejich vzdělání a povaha zařízení – tedy ambulantní adiktologická zařízení. Dále byl vysloven souhlas s pořízením audionahrávky. Následně po přepsání audionahrávky byly tyto vymazány.

## 5. Výsledky studie

### 5.1 Úspěšnost léčby uživatelů metamfetaminu v ambulantních zařízeních

Kapitoly 5.1, 5.2 a 5.3 se zabývají vedlejší výzkumnou otázkou: Jaké jsou dosavadní zkušenosti s léčbou uživatelů metamfetaminu v ambulantních adiktologických zařízeních?

Respondenti udávali úspěšnost léčby uživatelů metamfetaminu v rozmezí od 20 % (R8) do 70% (R7). Dva z respondentů uváděli přesná procenta, která si pamatovali z výročního počítání úspěšnosti v zařízeních. To bylo počítáno podle počtu klientů, kteří léčbu dokončili a abstinovali.

*„U nás má ta léčba 3 fáze, které dohromady trvají skoro dva roky, ve druhé fázi se jedná již buď o abstinenci nebo o kontrolované užívání. Úspěšnost hodnotíme po dovršení všech tří fází léčby s abstinencí trvající jeden rok, prokazovanou pravidelnými testovými kontrolami, vychází to asi 20%“(R8).*

Celkově při dotazování na otázku úspěšnosti reagovali respondenti otázkou, co je myšleno úspěšností léčby, protože je těžké si vyložit, co znamená úspěch, tedy úplně nejčastěji bylo odpovědí na úspěšnost léčby individuální hodnocení s každým klientem a naplňování jeho cílů, nejčastěji se jednalo o oblasti sociální a zdravotní.

*„Myslím, že to má každý asi rozdílně, pro mě je to hodně individuální od typu klienta, s čím přichází, v jaký je konkrétně situaci; je pro mě rozdíl, jestli je na ulici nebo jestli má sociální zázemí, jestli má nějaký i jako nedrogový kontakty, jestli má vztahy s blízkými, a že v tom je hodně pro mě rozdíl a pak záleží taky na množství užívání, a co konkrétně potřebuje nebo co on sám očekává (R6).*

*„Úspěšnost, já nemůžu říct úspěšnost, protože v momentě, když už naši péči nepotřebují a odejdou, tak já nevím, jestli za týden si dá, ledaže bych jim dal povinnost se třeba po roce ozvat, ale jinak to nejde. Taky si myslím, že je otázka co berete jako úspěšnost? Můžete to poznat na vzhledu, chodí upravený, vyjadřuje se jinak, mají kamarády, mají koníčky, umí si plánovat svůj čas, nebo že jsou jim zpátky svěřeny děti do péče“(R2).*

Abstinence, jako hodnocení úspěšnosti léčby, zazněla ve dvou případech. Ovšem také tito respondenti udávali možnost klientů být v léčbě úspěšní, aniž abstinují, pokud si plní cíle, které si v léčbě určili.

*„V rámci toho, když se díváme na statistiky klientský, tak hodnotíme i to, jestli ti klienti abstinují nebo ne, což je pro nás teda úspěšnost té léčby, je to asi 50 na 50. No ale, když jsou nastavené ty cíle jinak a ty se jim daří plnit, i když neabstinují, tak to taky může být úspěch“(R1).*

Od respondentů zaznívala také problematika kontrolovaného užívání, se kterým v zařízení pracují, ovšem pouze co se týče alkoholu nebo marihuany.

*„Bereme jako úspěch třeba i kontrolovaný užívání, ale to máme jen u alkoholu přímo program kontrolovaného pití“(R1).*

*„Úspěšnost je taky otázka kontrolovaného užívání, já proti tomu nejsem, ale ne u všech, třeba u heroinu si to nejsem vůbec schopnej představit, u perníku...Těžké říct, ale určitě je to možný u konopí a alkoholu, tam s tím zkušenost máme a bereme to teda jako úspěch, pokud se to daří“(R3).*

## 5.2 Rozdílnost intervencí podle typu užívané látky

Co se týče rozlišení práce s uživateli návykových látek podle typu užívané NL, neuváděli respondenti v praxi využívání rozdílných intervencí u nelegálních látek, rozdíly se objevují v práci s uživateli legálních návykových látek vs. nelegálních návykových látek.

*„Já si myslím, že je důležitý to reflektovat, když se ptáme na primární drogu a myslím si, že třeba neužívat pervitin je poměrně snazší ze začátku než neužívat alkohol, kvůli rizikovým situacím, a třeba pokud si uživatel pervitinu dobře nastaví ten běžný život*



*a nevyhledává určitá místa, tak může pořád abstinovat. V podstatě chci říct, že vytvořit nějaké síto, aby se k vám nelegální látka dostala, je snazší, než aby se k vám dostal alkohol. A je to důležitý reflektovat to, do jakých všech oblastí se ta návyková látka dostává v jeho životě“(R1).*

*„Co se týče těch prevence relapsů a rizik, tak to ti pervitinisti mají snazší, když se budou vyhýbat některým místům, tak to maj jednodušší než alkoholici, kteří maj všude hospody a stánky, takže co se týče prevence relapsu, tak se nemusíme věnovat tolik tomu teritoriu, jako spíš tomu zacházení, potom tomu impulzivnímu zacházení s chutěma, tak asi víc zpracováváme tu možnost se nějak ubránit té chuti, ale co se týče kontakt a teritorium, to se dá lépe ošetřit, než u těch alkoholiku“(R7).*

Potřebnost, respektive nepotřebnost pracovat různě s klienty podle užívané NL zazněla ve čtyřech případech. Byla uváděna potřeba pracovat podle následků z užívání NL.

*„Myslím, že to je jednotný v přístupu, že se to nerozlišuje“(R5).*

*„Já to asi nerozlišuju, ty problémy jsou dost podobný, ať už se týče těch zdravotních, nebo celkově ty dopady v užívání, ten rozdíl není nějak velkej, jde o to, v jakým množství užívaj, jak často; větší následky maj asi uživatelé opiátů, když budem mluvit o heroinu, že do toho musej vrazit víc peněz, užívaj častěji. Že jako rozlišuju víc následky, že lidi třeba, co berou perník, maj víc psychózy a tak, nakonec se prostě jedná víc o ty následky“(R6).*

Jeden respondent uváděl, že pracuje s uživateli podle typu užívané NL, ovšem rozdíly uváděl zejména v jiné potřebě typu léčby podle věku.

*„U stimulantů tam zase můžete pracovat tak, že pracujete podle věku, ideální by bylo, kdyby ty mladí 17, 18, co nemaj vlastně ty návyky, ty hranice, ty limity, tak tam ta komunita, ústavka a pak ta komunita, ale fakt ta komunita, ten přístup těch pravidel. U těch klientů nad 30, 35 let můžete ambulantně, protože ti už mají svoje pravidla, jsou schopný abstinovat, neberou pravidelně, to je to co jsem říkala, že vy jim nastavíte tu abstinenci tady v ambulanci“(R4).*

### **5.3 Procentuální zastoupení uživatelů metamfetaminu**

Množství uživatelů metamfetaminu v ambulantních zařízeních, z celkového množství klientů v zařízeních, se lišilo podle velikosti krajů, přičemž v Praze a Moravskoslezském kraji bylo udáváno respondenty nejvyšší procentuální množství uživatelů pervitinu.

*„70% uživatelů stimulační drogy, 20% opiáty, 10% třeba gambleři a alko, no, to je ale jako fakt odhad. Do roku 2006 převažovaly opiátový, teď už teda ty stimulační“(R4).*

*„Já nevím, no asi tak těch 40%?“(R3).*

*„Asi těch 75%, co se týče pervitinu, no“(R2).*

V kraji Vysočina a Královéhradeckém kraji udávají nárůst uživatelů alkoholu a gamblersů proti snižujícímu se množství uživatelů pervitinu.

*„Řekl bych, že asi tak čtvrtina no, takže těch 25%. Tak dva roky máme propad, dříve byli nejčastěji klienti uživatele pervitinu, teď jsou to uživatelé alkoholu, takže ta naše služba se teď hodně přesouvá k uživatelům alkoholu a ke gamblersům“ (R1).*

*„Řekla bych, že u nás převládá více pacientů s alkoholovou závislostí a gamblingem a léky a pak ten pervitin teda“ (R7).*

## **5.4 Vhodnost farmakoterapie závislosti na metamfetaminu pro klienty ambulantních zařízení**

Tato kapitola se vztahuje ke 2. vedlejší výzkumné otázce: Pro jaké klienty/pacienty by substituční léčba závislosti na metamfetaminu byla podle pracovníků ambulantních adiktologických zařízení vhodná?

Farmakoterapii závislosti na metamfetaminu udávali respondenti jako intervenci, která by nabízela více možností, rozšířila služby, ovšem vhodná by byla pouze pro určité skupiny klientů, jako například pro klienty s diagnózou ADHD, matky, kterým se delší dobu nedaří abstinovat, klienty, kteří absolvovali léčby závislosti, ale stále se jim nedaří abstinovat, klienty, kteří selhávají v běžném denním fungování bez užívání pervitinu.

*„Já jsem jednu dobu měl tři klienty v kontaktu, kteří užívali pervitin a odeslal jsem je k psychiatrice, ta je medikovala straterou nebo podobnou medikací a v podstatě se těm klientům dařilo, z těch projevů těch klientů a z toho jak o tom mluvili, tak většinou mluvili o tom, že je to nějaký způsobem uklidňuje, a že jsou pak více koncentrovanější. Mezi těma uživatelema je určitá skupina, pro kterou je to vhodný, pokud jsou to lidi, kteří jsou nějak stabilizovaní, třeba ten pervitin užívaj denně, ale v malých dávkách, neužívaj nějaké velké množství v nějakých velkých pervitinových jízdách“ (R1).*

*„Určitě naše starší matky cca 36 a výše, které užívají občasně, jsou depresivní a není pravděpodobnost, že samy o sobě zcela přestanou a prakticky nám i oznámí, kdy nemáme dělat testy, přesto jsou orientované, spíše stabilní a bez známek intoxikace, to je pro mě indikace do substituce“ (R4).*

*„No, třeba klienti, kteří nezvládají fungovat bez perníku, ve společnosti selhávají, v minulosti absolvovali léčby opakovaně a bez úspěchu“ (R8).*

Respondenti odkazovali na závislost jako komplexní problematiku jak systému sociálního, somatického tak psychického. Přičemž tedy samotné podání medikace nemusí být intervencí, kterou klienti potřebují a očekávají.

*„Bych hodně přemýšlela o tom, jak užívaj, že hodně z nich je prostě závislých na jehle, že jako taky kus práce je v tom se s nima bavit o tom jak to brát bezpečně, často chtěou třeba euforický zážitek, který teda tady u té substituce nevím, jestli úplně je. Záleží,*

*co od toho ti klienti chtěj, co by jim to mělo přinýst. Možná i jak jsou na tom mentálně. Takže část by asi vhodná byla a část asi ne“(R6).*

Respondenti uváděli také obavu z jakési pouhé výměny jedné látky za jinou. Viděli riziko ve výměně jedné závislosti za závislost jinou, ačkoli odborně vedenou.

*„Bylo by to určitě možný, možná by to i, asi by to i mohlo nějak pomoci, ale já mám takovej jako pocit, že závislost na pervitinu vystřídat tím, že bude pravidelně užívat Ritalin, to je tím jakoby ho jako vedu k závislosti na tom Ritalinu, ty jo to pravidelný užívání medikace, když si to nevezmeš ty léky, nebo když to náhle vysadíš všechno, tak je ti blbě a ...hele na jednu stranu by to bylo fajn, protože aspoň by bylo jako zřejmý jakou látku do sebe ty lidi dostávají, že prostě nebyly by tam prostě ty sračky, co ty lidi poškozujou“(R8).*

*„Dneska v Praze nemáte skoro heroinisty, ale spíš lidi na metadonu a subutexu. S tím kšeftujou, tak já nevím, jestli se to nepřeliže jen na jinou látku, která se bude líp jmenovat. Ještě to, že prostě mně přijde takový to, že ta doba to tenduje k tomu, že vždycky na všechno bude nějaká pilulka a ona prostě ta pilulka nebude nikdy na všechno, protože ty lidi jsou poškozený uvnitř. Oni podle mě nefetujou, protože ta látka je tak skvělá, oni fetujou, protože prostě nemůžou vydržet s těma emocema uvnitř a je to nakonec jedno, jestli dáme antidepresiva, antipsychotika nebo Ritalin nebo Subutex, protože když neošetříme ten důvod, ze kterého to pryští, tak vlastně se furt budem motat v kruhu“(R7).*

## **5.5 Informace o farmakoterapii závislosti na metamfetaminu**

Tato kapitola se vztahuje ke dvěma vedlejším výzkumným otázkám: Jaký mají pracovníci přehled o substituční léčbě metamfetaminu, jaké jsou jejich zdroje informací o této problematice? Potřebovali by pracovníci více informací k problematice substituce metamfetaminu?

Respondenti byli dotazováni, odkud čerpají informace ohledně farmakoterapie závislosti na metamfetaminu. Ve všech případech uváděli respondenti nedostatek informací ohledně farmakoterapie závislosti na metamfetaminu. Nejčastěji informace získávali respondenti z odborných konferencí, studia adiktologie, kolegů, kteří farmakoterapii závislosti na metamfetaminu zkoušeli v rámci své praxe a z odborných článků, kterých je dle respondentů nedostatek.

*„No, čerpám info od kolegy, který substituoval, něco z odborných článků, ale moc toho není“(R6).*

*„Byla jsem na konferenci o substituci, bylo zajímavý slyšet ty zkušenosti ze zahraničí. A asi nejvíc z praxe, protože jsem měla kolegu, který to teda předepisoval. A taky nějaký články“(R5).*

*„No ze školy z adiktologie, kde jsme se bavili o tý, kterou dělal Hampl v 90. letech. No a taky znám doktory, co to předepisují, tak se s nima o tom bavím, samozřejmě ale ofiko na jinou diagnózu“(R1).*

Respondenti také uváděli zájem o možnost získat více informací o této problematice např. formou bulletinu.

*„No, chystám se na další konferenci o tom, ale jako bylo by super, kdybych měla nějaké aktuální informace“(R1).*

V jednom případě uváděl respondent také nevýhody pro pracovníky z menších měst, kteří nemají tolik možností navštěvovat odborné konference v Praze.

*„No mám info ze školy adiktologie, ale když nevyjedu na konferenci, kde jdu na přednášku na to téma, a tak se cítíme takoví trochu izolovaní na těch menších městech, protože nemáme možnost být každé tejdny v Praze a potkávat se s ostatními službami a chodit na kurzy, mi by se líbilo, kdyby byl nějaký bulletin, který by byl rozesílán, nebo jestli bude okýnko v časopisu adiktologie. No bylo by fajn, abychom věděli víc než ti naši klienti, aspoň v tomhle“(R7).*

*„No bylo by super, kdybych věděla něco víc, že jo. Mě to strašně zaujalo na té konferenci o tom, ale jak říkám, ne, že bych toho věděla nějak moc a myslím, že bych měla“(R9).*

## **5.6 Postavení substituční léčby závislosti metamfetaminu**

Tato kapitola se vztahuje k vedlejší výzkumné otázce: Jak by měla být substituce závislosti na metamfetaminu postavena?

### **5.6.1 Omezení vstupu do léčby věkem**

Dva z respondentů by vstup do léčby neomezovali věkem.

Ostatní účastníci studie udávali hranice mezi 15 lety až 20 lety. Nejčastěji uváděli důvody související s neurobiologickým vývojem mozku.

*„No, já bych ji asi vomezila 18 lety. Já neznám ty dopady na neurobiologický vývoj, jediný důvod, proč sem řekla 18 je, že si myslím, že ten mozek je ještě takovej nezralej na to do sebe vstřebávat tyhle látky. Říkám si, že když by to teda byl nezletilej pacient, že se dá přechodně abstinovat na BZD a pak se může pokračovat v té terapeutické práci, že nevím, jestli nabízet takhle mladistvým, kteří nemaj ukončený ten vývoj, takhle tu lékovou substituci“(R7).*

*„Dala bych tam stoprocentně vyšší věk, že jako jak se ten mozek vyvíjí, tak to není dobrý, já nevím, jak dlouho on se vyvíjí, třeba od 20, že bych to asi dala“(R9).*

Další důvody pro omezení věkem byly motivace k léčbě související s věkem a komplikovanost při spolupráci s rodinou.

*„No asi od těch 18. Dřív to by tam musela být ta spolupráce s rodinou hlavně. A myslím si, že řada těch lidí v tom věku za prvý ani nechtěj tyhle věci zkoušet a abstinovat, ty naopak se nebudou hlásit tak dobrovolně, takže ta motivace asi taková nebude, to možná bude to proč by nepřišli a já bych jim to nepodávala, protože by přesně očekávali ten jinej efekt od toho a tím už se to nějak vylučuje a myslím si, že je trošku i složitější to domlouvat s těma rodinama, že jakoby v tý zodpovědnosti, kdo ji má mít, jak se to bude dál vyvíjet, protože samozřejmě ta představa těch rodičů bude jiná než těch mladistvých“(R5).*

### 5.6.2 Délka drogové kariéry

Nikdo z respondentů neudával nutnost mít při vstupu do léčby dopředu nastaveno, jak dlouhá by měla drogová kariéra být. Podle názoru respondentů by bylo důležité individuální posouzení každého zájemce o léčbu. Konkrétně by posuzovali způsob užívání NL, vzorce užívání NL, motivaci pro vstup do léčby.

*„Já bych se spíš ptala po těch motivech, jestli chtějí přestat, nebo jestli se chtějí snadno dostat k bezplatnému preparátu, který jim navodí podobné stavy jako pervitin, nedokážu si představit, že by byla tabulka, kde by bylo třeba ok, 10 let dobrý, tak mu to dáme“(R7).*

*„To si myslím spíš způsobem užívání a tím, jak s tou látkou zachází, než říct, že to je třeba po roce nebo po letech“(R1).*

*„Asi bych to samozřejmě nedávala člověku, kterej je experimentátor a stává se to jednou za čas, myslím, že to je fakt o něčem jiným, asi by tam měl mít nějakou drogovou kariéru, ale neumím říct jak dlouhou, to bych to zase posouvala individuálně“(R5).*

### 5.6.3 Podmínky vstupu do substituční léčby závislosti na metamfetaminu

Mezi nejčastější podmínky při vstupu do léčby uváděli respondenti potřebu lékařského vyšetření psychiatrického a interního (odběry krve, RTG hrudníku). Mezi další podmínky spadala alespoň bazální schopnost dodržovat pravidla zařízení, motivace něco ve svém životě měnit, úvodní interview rozdělené na více sezení, tedy potřeba vidět klienta několikrát, než se nasadí farmakoterapie, a tím vidět jeho schopnost docházet včas, a také motivaci. Sociální zázemí a jeho hodnocení zmínili dva z respondentů, přičemž jeden považoval za základní podmínku mít alespoň bydlení a podpůrné sociální okolí, aby do léčby mohl vstoupit. Druhý respondent naopak uvedl klienty bez sociálního zázemí jako skupinu, pro kterou by farmakoterapie měla být určena primárně.

*„Záleželo by na tom psychickým stavu/psychiatrickým, potom v zásadě tam by byly i zdravotní indikace, vyšetření internistou. Nějaké kardio, to když má ten člověk*

*nastupovat, tak to je zajištění základní vstupní péče. A klienti, kteří nemají to sociální zázemí, na tom bych nebazírovala. Myslím, že pro tyhle lidi by to mělo být hlavně, že těm to dělá fakt problémy, že jsou řadu let na ulici, proto užívají i pervitin nebo jiné látky a už nejsou schopni se z tohoto kolotoče dostat. Když má člověk to sociální zázemí, tak se v řadě případů daří i, že začnou abstinovat, takže bych nedávala to, že musí mít sociální zázemí, asi bych tam nedávala nějakou práh tohoto, myslím, že je lepší nedávat tolik podmínek“(R5).*

*„Já mám takovou představu, že ten klient je sociálně stabilizovaný, že chodí do práce nebo školy, pak mám představu, že má nějaký sociální zázemí, to že má minimálně někde bydlet, pak že má nějaký podpůrný sociální okolí, že ne všichni kolem něj užívají návykové látky, pak mám nějakou představu, že ten klient je schopen dodržovat pravidla, tzn. brát pravidelně tu substituci“(R1).*

*„Anamnestický dotazník, úvodní interview na dvakrát na třikrát, chtěla bych ho opakovaně vidět, nemusí to být nějaké dlouhé sezení“(R7).*

#### **5.6.4 Docházení do léčby**

Respondenti uváděli nejčastěji nutnost léčbu rozdělit na fáze, v průběhu nichž se pravidelnost docházení bude rozvolňovat. V prvním měsíci bylo doporučováno nejčastěji denní docházení, následně snížení návštěv na 1x týdně až v některých případech 1x měsíčně. Rozdílnosti se objevily také v docházení pro klienty se sociálním zázemím, zaměstnáním a pro klienty bez domova. Účastníci navrhovali v 1. fázi pro klienty bez domova, nízkoprahové klienty docházení denní a pro klienty se zaměstnáním cca 2 – 3x/týden.

*„Asi podobně jak u tý opiátový. Zpočátku při nasazování té medikace bych byla v častějším kontaktu, umím si představit, že pokud to bude člověk, který je z ulice, tak docházet každý den na substituci, pokud je stabilizovanější, má trvalý bydliště, má práci a jakoby ty věci další k tomu, jakože by ho to denní docházení limitovalo, tak si umím představit, že ho sem pozvu zpočátku 3x týdně kvůli tomu, abychom zjistili jestli ta dávka sedí, co tam jsou za nějaké nepohody nebo tak, nějak fakt jako pracovat s vytitrováním dávky a zároveň by pak nastala fáze, kdy by následně chodil 1x týdně“(R5).*

*„Prvních 7 týdnů kontakt 3 x týdně a testování nebo odběry na určení hladiny amfetaminu, jelikož je nutné zvážit, zda je dodržena abstinence od nelegálních NL, po 7 týdnech bych zvážila nutnost další substituce“(R4).*

*„Asi by bylo fajn, kdyby docházeli první měsíc denně, nebo prostě v krátkých intervalech, aby nad těma lidma byla větší kontrola, jestli teda neberou i jiné NL a jestli to využívají ten program substituce tak, jak mají“(R1).*

### 5.6.5 Hrazení substituční léčby závislosti metamfetaminu

Respondenti byli dotazováni, kdo by dle jejich názoru měl hradit farmakoterapii závislosti na metamfetaminu. Všichni z respondentů uváděli potřebu hrazení zdravotní pojišťovnou. Mezi nejčastější důvody spadaly obavy z trestné činnosti uživatelů.

*„Ideálně pojišťovna, protože řada těch klientů nemaj prostředky finanční a potom je obtížný, že víme, že se dostáváme do takový jako na křížovatku, kdy víme, že klienti by na tu substituci vydělávali trestnou činností, takže ideál ta pojišťovna“(R5).*

Respondenti dávali také do souvislosti trestnou činnost a zhoršenou sociální situaci uživatelů metamfetaminu při nutnosti hrazení substituční léčby.

*„Kdyby to bylo na mně, tak by to mohla hradit pojišťovna, protože, když přijdou lidi z ulice a pak se neposouvaj moc v životě, protože nemaj finance a nebo to daj všechno do substituce a pak nemaj na jídlo nebo na základní věci, který potřebujou, bych jako přemýšlela o prevenci kriminality, že často pak třeba u té opiátové musej chodit krást nebo na to berou peníze z hmotné nouze“(R6).*

Tři z respondentů se také obraceli k problematice závislosti jako ke zdravotnímu problému, tudíž problematice, která by měla spadat do zdravotnického systému.

*„Měla by být hrazena ze zdravotního pojištění, přeci jen škody plynoucí z nelegálního užívání návykových látek jsou daleko vyšší“(R4).*

*„Mělo by to být hrazený zdravotní pojišťovnou, protože závislost je nemoc“(R7).*

*„No já si myslím, že pojišťovnou, já mám velké námitky vůči tomu co se děje se suboxonem a subutexem, myslím si, že to je důsledek toho, že se doplácí a že síť těch psychiatrů, kteří to předepisujou, je málo hustá“(R1).*

### 5.6.6 Doporučované intervence

Všichni dotázaní odpověděli nutnost doprovodné psychoterapie. Léčbu, která by sestávala pouze z podávání medikace, nespatovali efektivní. Nejčastěji udávali individuální psychoterapie (KBT) v intenzitě 1x – 3x týdně, spolupráci se sociálním pracovníkem, možnost skupiny 1x/týden. V jednom případě zazněly relaxační techniky – snoezelen a case management.

*„Nejde jen předepsat ten lék a podávat ho, ale že to musí jít ruku v ruce s terapií, to jde tak i s tou motivací: chci něco změnit. Nechceme být jen výdejna léků, ale dávat navíc to, že prostě s nima mluvíme o tom, jaká je to pro ně změna, co chtěj změnit, nějaký opravdu plány, do čeho chtěj vložit energii, na co maj, nějaká práce na sobě je potřeba v rámci terapie“(R5).*

*„Já bych byla za to, aby bylo možný v kombinaci s terapeutickou prací, že samotná substituce jen není ok. Spojit to s individuální prací, že si nedokážu představit, co to změnilo, kdyby brali jen tu medikaci a nic víc. Třeba konzultace hodinový 2x týdně nebo jedenkrát“(R6).*



*„U nízkoprahových si umím i představit víc s tím člověkem dělat, ta klientská práce, pomáhat i v dalších věcech, nějaký case management by byl vhodnej, jakoby další level tý péče, která by měla jít ruku v ruce pro ty substituční klienty“(R5).*

#### 5.6.7 Další doporučení

Mezi další doporučení respondenti uváděli kontroly vpichů, manuál, jak postupovat v substituční léčbě, který bude pro všechny zařízení stejný, při vynechávání programu 3x a více vyloučení z programu, zákaz řízení motorových vozidel, zvláštní pozornost u gamblérů, délka trvání substituce maximálně 6 měsíců, zdůraznění klientům v počátku léčby fungování medikace: jiný efekt než pervitin - souvisí s motivací k léčbě. Nutnost předepisování farmakoterapie specializovanými lékaři.

*„Je prostě špatně, když to předepisuje kdejaký psychiatr nebo obvodák. Měly by být jasné služby, zařízení, který by to předepisovaly. Třeba na okres jedno zařízení, aby byl jasný postup, kdo to může předepisovat“(R3).*

*„Je důležité zdůraznit v začátku léčby, že to není tak, že substituce nemá ten samej efekt co pervitin, myslím si, že řada těch lidí má představu – hurá, je to jiná látka, bude to dělat to samý co pervitin, je to levnější než pervitin a je to vlastně daný od doktora. Je to myslím jedna z těch zásadních věcí, proč pak tolik lidí vypadává z té substituční léčby“(R5).*

### 5.7 Souhrn výsledků

Pokud bychom se dívali na výsledky podle položené výzkumných otázek, tak první výzkumná otázka zněla: Jaký je pohled pracovníků na substituci metamfetaminu, co tento jejich pohled modelovalo? Z výsledků je patrné, že respondenti hodně srovnávají s opiátovou substituční léčbou, s jejím nastavením a zkušeností. V odpovědích se často objevovaly obavy z nelegálního trhu se substituční látkou, nespokojenost s minimální substituční léčbou, která sestává z pouhého podávání látky bez jakékoli další podpory v podobě terapeutické práce, sociálního poradenství a lékařské kontroly. Všichni respondenti byli ve výsledku pro zavedení substituční léčby závislosti na metamfetaminu za určitých podmínek, které jsou rozebírány výše ve výsledcích. Z výsledků také vyplývá, že výhodou substituční léčby metamfetaminu by mohlo být jakési rozšíření služeb, možnost zachytit klienty, kteří by jinak do léčby nemuseli nastoupit. Bylo patrné, že všichni z respondentů byli velmi terapeuticky zaměřeni a terapii přikládali velký význam v léčbě závislosti na metamfetaminu.

Druhá vedlejší výzkumná otázka zněla: Pro jaké klienty/pacienty by substituční léčba závislosti na metamfetaminu byla podle pracovníků ambulantních adiktologických zařízení vhodná? V této oblasti se výpovědi respondentů lišily, respondenti uváděli určité skupiny klientů, pro které by substituční léčba byla vhodnější než pro jiné. Jednalo se o matky v letech 36+, které nezvládají abstinенčně vedenou léčbu, ale jsou při tom schopné



stále docházet, klienti s ADHD, kategorie kterou respondenti uváděli ve více případech, byla cílová skupina uživatelů metamfetaminu, kteří užívají denně, ale v menším množství, aby byli schopni v průběhu dne fungovat.

Třetí výzkumná otázka zněla: Jaké jsou dosavadní zkušenosti s léčbou uživatelů metamfetaminu v ambulantních adiktologických zařízeních? V této oblasti se autorka zabývala zejména úspěšností léčby uživatelů metamfetaminu v zařízeních, kde respondenti pracují, procentuálním zastoupením uživateli metamfetaminu z celkového množství klientů a rozdílností v poskytovaných intervencích podle užívané NL. Uživatelé metamfetaminu jsou dle výpovědí respondentů v početní převaze nad uživateli jiných nelegálních návykových látek. Rozdílnost byla viditelná mezi většími a menšími kraji, kdy v krajích Praha a Moravskoslezský byla obsazenost zařízení uživateli metamfetaminu výrazně vyšší než u krajů Vysočina, Jihočeský i Královéhradecký, kde naopak zaznamenali nárůst uživatelů alkoholu či gamblerů. Záměrem dotazování ohledně hodnocení úspěšnosti léčby uživatelů metamfetaminu bylo zmapovat, zda respondenti považují za úspěch pouze abstinenci. Dva respondenti uváděli jako úspěch abstinenci klienta, z druhé strany uváděli, že to je něco jako nejvyšší možný stupeň, kam dosáhnout a nebránili se myšlence, že klient může být úspěšný i pokud plně neabstinuje. Další respondenti uváděli, že úspěšnost v léčbě je naplňování klientových cílů, ať už se jedná o zlepšení sociální, zdravotní situace, kontrolované užívání. Podle odhadů respondentů se úspěšnost léčby pohybovala od 20% do 70%. Poskytované intervence se neliší u klientů podle užívané NL podle výpovědí respondentů, to koresponduje s rešerší literatury, kdy v ČR v odborné literatuře nejsou postupy či návody, jak pracovat výhradně s uživateli metamfetaminu, oproti zahraniční literatuře (viz. Lee et al., 2007).

Čtvrtá výzkumná otázka zněla: Jak by měla být substituce závislosti na metamfetaminu postavena? Tato byla podle výpovědí respondentů rozdělena do několika dílčích témat: Hrazení substituční léčby závislosti metamfetaminu - v této oblasti se všichni respondenti shodli na hrazení substituční léčby zdravotní pojišťovnou. Podmínky vstupu do substituční léčby závislosti na metamfetaminu - v této otázce respondenti uváděli potřebu lékařského vyšetření před vstupem do léčby, úvodní konzultaci rozdělenou do 2 až 3 návštěv, schopnost dodržovat pravidla, motivaci k léčbě a v potřebě mít sociální zázemí (bydlení, nedrogové známé..) se dva z respondentů rozcházel. Docházení do léčby - většina respondentů uváděla potřebu léčbu rozfázovat a v prvním měsíci docházet na denní výdej, přičemž intenzita by se rozvolňovala v průběhu dalších fází na cca 1x – 3x/týden. Respondenti by také zohledňovali, zdali má klient zaměstnání a jeho možnosti denního docházení. Délka drogové kariéry - pouze jeden z účastníků uvedl hranici potřebné drogové kariéry, a to 1 rok. Ostatní účastníci by neposuzovali možnost vstoupit do substituční léčby podle délky drogové kariéry, zohledňovali by vzorce užívání, motivaci k léčbě a způsob užívání. Omezení vstupu do léčby věkem - respondenti, kteří by

omezili vstup do léčby věkem, udávali věk mezi 18 až 20 lety z důvodu neurobiologického vývoje mozku, v jednom případě respondent uváděl také komplikovanost ohledně rodiny, role zodpovědnosti do 18 let. Mezi doporučovanými intervencemi byla spolupráce se sociálním pracovníkem, 1x – 3x týdně individuální terapie dle možností klienta. Všichni z respondentů vyslovili potřebu terapeutické práce s klientem v substituční léčbě. Další doporučení - zde účastníci uváděli např. kontroly vpichů, manuál postupu v substituční léčbě, zákaz řízení motorových vozidel, délka léčby maximálně 6 měsíců, řádné vysvětlení fungování substituce v počátku léčby.

Polední dvě výzkumné otázky se zabývají informovaností respondentů ohledně substituční léčby závislosti na metamfetaminu: Jaký mají pracovníci přehled o substituční léčbě metamfetaminu, jaké jsou jejich zdroje informací o této problematice? Potřebovali by pracovníci více informací k problematice substituce metamfetaminu? Respondenti nejčastěji čerpali ze studia adiktologie, z odborných konferencí, odborných článků, popřípadě od kolegů, kteří předepisovali substituční farmaka ve své praxi. Všichni respondenti se shodli, že informací je málo a měli by zájem o další informace v podobě např. bulletinu. Respondenti z krajů mimo Prahu také uváděli, že nemají možnost se k tolika informacím dostat, z důvodu konání řady konferencí v Praze a tím neslučitelností s jejich pracovní dobou.

## 6. Diskuze a závěr

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zmapovat názory pracovníků ambulantních adiktologických zařízení na možnost zavádění substituční léčby závislosti na metamfetaminu. Dílčí cíle této práce byly zmapovat pohled pracovníků ambulantních zařízení na substituci metamfetaminu, jak se tento pohled vytvářel, vhodnost substituční léčby závislosti na metamfetaminu pro klienty, dosavadní zkušenosti v ambulantní léčbě uživatelů metamfetaminu, nastavení substituční léčby závislosti na metamfetaminu, informovanost pracovníků ohledně substituční léčby závislosti na metamfetaminu.

Výzkumný soubor byl tvořen devíti respondenty, třemi muži a šesti ženami. Autorka považuje za důležité se v této části zabývat výběrovými kritérii jednotlivých zástupců zařízení. Kritéria byla dána délkou praxe minimálně 5 let a minimálně středním zdravotnickým vzděláním. Autorka určila délku praxe minimálně 5 let z důvodu předpokladů větší orientace a zkušenosti v oblasti léčby uživatelů. Kritérium zdravotnického vzdělání bylo dáno zejména problematikou substituční léčby, kdy většina pracovníků v substituční léčbě jsou zdravotničtí pracovníci (Libra et al., 2015), autorka tedy také předpokládala větší informovanost o této problematice. Z původně oslovených 25 zařízení se nakonec studie zúčastnilo 9 zařízení. Nejčastějším důvodem nezapojení bylo právě neodpovídání daným kritériím, zejména kritériu zdravotnického vzdělání. Výzkumný soubor se danými kritérii tedy velmi zůžil. Daná kritéria z jedné strany mohla posloužit v lepší informovanosti vybraných respondentů a tím přesnějších odpovědí, z druhé strany, kdyby do studie byli zapojeni také pracovníci z jiných oblastí např. sociální pracovníci, mohla být data pestřejší z jiných hledisek než zdravotnických a mohly by vzniknout úplně nové kategorie.

Samotný pohled pracovníků na substituční léčbu závislosti na metamfetaminu prolínal celý rozhovor. Všichni z respondentů byli ve výsledku pro zavedení substituční léčby závislosti na metamfetaminu. Bylo citelné, že respondenty ovlivňoval vývoj opiátové substituční léčby a jejich obava z nelegálního trhu se substitucí, což sledovali ve výzkumu např. Johnson & Richert (2015), kde se ve výsledku ukázala vysoká míra zneužívání, 67,6% účastníků odpovědělo, že někdy v životě prodali nebo sdíleli substituci. Respondenti také upozorňovali na potřebu předepisování substituce pouze specializovanými zařízeními. V současné praxi opiátové substituční léčby mají možnost předepisovat přípravky na bázi buprenorfinu všichni lékaři bez nutnosti specializace (Nechanská, 2014). Metadon může být ovšem vydáván pouze ve specializovaných centrech jak v prostředí ČR (Nechanská, 2014), tak v zahraničí (Sullivan & Fiellin, 2008). Ve studiích ohledně retence v léčbě a dokončení opiátové substituční léčby vycházel právě metadon lépe ve srovnání s přípravky na bázi buprenorfinu (Hser et al., 2014; Burns et al., 2015). Ze zahraničních studií by tedy mohlo vyplývat doporučení, které navrhovali také samotní respondenti této práce, a to předepisování substituční léčby pouze ve specializovaných střediscích tomu

určených. Ovšem nespornou nevýhodou tohoto přístupu by mohla být místní nedostupnost pro některé zájemce o substituční léčbu. Proto např. (Sullivan & Fiellin, 2008) vyzdvihují buprenorfinové preparáty právě z důvodu jejich větší dostupnosti.

Respondenti ohledně vhodnosti substituční léčby závislosti na metamfetaminu uváděli např. matky 36+, klienty s ADHD, klienty, kteří užívají metamfetamin denně, ale v menších dávkách. Studie bupropionu v substituční léčbě závislosti potvrdila lepší výsledky u uživatelů s nižší frekvencí užívání MA (Elkashef et al., 2008) a uživatelů s menším stupněm závislosti (Shoptaw et al., 2008). Ve studiích farmakoterapie závislosti na metamfetaminu byla diagnóza ADHD kontraindikací vstupu do studie např. (Rezaei et al., 2016; Shearer, 2001; Rezaei et al., 2015).

V otázce zkušeností v léčbě uživatelů metamfetaminu sledovala autorka tři oblasti: úspěšnost léčby uživatelů metamfetaminu v zařízeních, kde respondenti pracují, procentuální zastoupení uživatelů metamfetaminu z celkového množství klientů a rozdílnost v poskytovaných intervencích podle užívané NL. V mapování úspěšnosti autorka mapovala, zda pracovníci berou výlučně jako úspěšnost v léčbě abstinenci klientů, a popřípadě jak ji hodnotí. Pouze dvě zařízení hodnotila úspěšnost podle abstinence klientů, ale zároveň neodmítala možnost úspěšnosti klientů v případě, že neabstinují, ale plní si cíle, které si v léčbě nastavili. Jako úspěch hodnotili také kontrolované užívání, ačkoli častěji jej využívají v zařízeních u alkoholu a konopí.

Respondenti neudávali žádné rozdílnosti v léčbě podle typu užívané návykové látky. S uživateli pracují podle jejich specifických potřeb, často spíše s ohledem na následky z užívání v oblastech sociálních, psychických a somatických. To odpovídá literatuře, kdy v českém prostředí neexistuje v odborné literatuře postup či manuál, jak specificky pracovat s uživateli metamfetaminu. V zahraničních zdrojích lze naléznout např. v Austrálii manuál, jak postupovat v práci s uživateli metamfetaminu (Lee et al., 2007). Zahraniční autoři také hodnotili úspěšnost psychosociálních intervencí u uživatelů stimulancií, většina z nich ovšem probíhala s uživateli kokainu, není tedy jasné, zda lze výsledky zobecnit také na uživatele metamfetaminu (Courtney & Ray, 2014). Např. Matrix model, který byl původně vytvořen pro uživatele kokainu, vykazoval lepší výsledky než běžně užívaná léčba (Rawson et al., 2004). V prostředí ČR se dle výpovědí účastníků nepostupuje specificky (rozdílně proti jiným NL) v léčbě uživatelů metamfetaminu. Otázka, zda je potřeba postupovat u této cílové skupiny jinak, zůstává ovšem nezodpovězena.

Ohledně nastavení substituční léčby závislosti na metamfetaminu byly sledovány oblasti hrazení substituční léčby závislosti metamfetaminu, kde se všichni z respondentů shodli, že substituční léčba by měla být hrazena zdravotní pojišťovnou. Zde také nejčastěji čerpali podle dosavadních zkušeností s opiátovou substitucí a obav z nelegálního trhu, kterému by se dle respondentů dalo zamezit právě hrazením zdravotní pojišťovnou.

V otázce podmínek vstupu do substituční léčby respondenti uváděli potřebu lékařského vyšetření před vstupem do léčby, schopnost dodržovat pravidla, motivaci k léčbě a v potřebě mít sociální zázemí (bydlení, nedrogové známosti..) se dva z respondentů rozcházel, úvodní konzultaci rozdělenou do 2 až 3 návštěv, aby mohli posoudit motivaci a schopnost docházet pravidelně do léčby. V některých zahraničních studiích ohledně farmakoterapie závislosti na metamfetaminu, předcházelo vstupu do studie kontrolní období obvykle v trvání dvou týdnů např. Heinzerling et al., 2010; Longo et al., 2010; Shoptaw et al., 2008.

Ohledně docházení do léčby, respondenti uváděli rozfázování léčby, v prvním měsíci docházení častější, v dalších fázích rozvolňování. Zohledňovali by také možnosti klienta, zda má např. zaměstnání, sociální zázemí, docházení by v prvním měsíci nastavili na např. 3x/týden a následně 1x/týden. U klientů, kteří jsou na ulici, by doporučovali v prvním měsíci léčby denní docházení a následně 2-3x/týden. V zahraničních studiích účinnosti farmakoterapie závislosti na metamfetaminu požadovali docházení do zařízení nejčastěji 1x/týden např. Lashkaripour et al., 2017; Shearer, 2009 až 3x/týden např. Elkashef et al., 2008; Anderson et al., 2015.

Pouze v jednom případě by respondent sledoval délku užívání při vstupu do léčby a tu by určil na minimálně jeden rok. Ostatní respondenti by sledovali vzorce užívání, motivaci k léčbě a způsob užívání, přesné určení minimální drogové kariéry si nedokáží představit. Dotazovaní, kteří by omezili vstup do léčby věkem, udávali věk mezi 18 až 20 lety z důvodu neurobiologického vývoje mozku, v jednom případě respondent uváděl také komplikovanost ohledně role zodpovědnosti klienta související s dovršením 18. roku a nutnost spolupráce s rodinou. V případech, kdy byl v zahraničních studiích omezován vstup do léčby věkem, bylo stanoveno omezení 18. rokem např. Rezaei et al., 2015; Tiihonen et al., 2007; Ling et al., 2014.

Mezi doporučované intervence patřily nejčastěji individuální terapie (KBT) v intenzitě 1x – 3x týdně – opět by zohledňovali individuálně časové vytížení klienta, spolupráce se sociálním pracovníkem, relaxační techniky, v pozdějších fázích také možnost skupinové terapie. V rámci zahraničních studií doprovázely farmakoterapii závislosti často skupinové KBT terapie v intenzitě 3x/týden např. Anderson et al., 2015 a pokud individuální terapie, tak nejčastěji 1x/týden s prvky motivační práce např. Galloway, 2011. Ve studii Dale-Perera et al. (2012) se také ukázalo, že větší míra dohledu při substituci byla spojena s menší mírou zneužívání substitute.

Mezi dalšími doporučeními uváděli respondenti kontroly vpichů, zákaz řízení motorových vozidel, manuál postupu v substituční léčbě, který bude stejný pro všechny zařízení, maximální délku trvání substituční léčby 6 měsíců.

Dotazovaní získávali informace nejčastěji ze studia adiktologie, z odborných konferencí, od kolegů, kteří s agonistickou medikací pracují, v malém množství

z odborných článků na toto téma. Všichni se ovšem shodovali, že informací je málo a měli by zájem o větší množství informací v podobě např. bulletinu. Tato potřeba byla větší u respondentů z krajů mimo Prahu, kteří nemají možnost dojíždět na konference, které se často konají právě v Praze.

Celkově byli respondenti pro zavedení farmakoterapie závislosti metamfetaminu, vidí ji jako rozšíření možností léčby pro uživatele metamfetaminu. Z rozhovorů bylo patrné, že v některých zařízeních se již s agonistickou farmakoterapií závislosti na metamfetaminu pracuje, ovšem po oficiální stránce není označována jako substituční léčba. V České republice bylo v roce 2016 46,8 tis. problémových uživatelů drog, z toho 34,3 tis. uživatelů pervitinu (Mravčík et al, 2017). Přestože je skupina uživatelů pervitinu majoritní ve srovnání s opiáty, farmakoterapie ve smyslu substituční léčby metamfetaminu dosud není zavedena.

V této oblasti autorka vidí potřebu klinické studie efektivity farmakoterapie závislosti na metamfetaminu s větším výzkumným vzorkem. O nutnosti vzniku klinické studie mluvil na sympoziu českých a německých odborníků také národní protidrogový koordinátor Jindřich Vobořil (zdravotnickýdeník.cz, 2017). Zahraniční studie probíhaly s výzkumným vzorkem o velikosti obvykle do 100 účastníků, v několika případech dosáhly počty výzkumného souboru cca 200 účastníků.

Práce má několik metodologických omezení. Jedním z nich může být použití účelového výběru přes instituce. Výzkumný soubor se skládal z devíti respondentů, přičemž tři z nich byli z kraje Praha a dalších šest z různě velkých krajů ČR. Ačkoli respondenti pracovali v různých zařízeních, s jinou zkušeností v léčbě uživatelů metamfetaminu, nebylo dosaženo saturace dat, pro kterou by byla potřeba větší výzkumný soubor. Autorka neusilovala o vytvoření reprezentativního výzkumu, který by bylo možné zobecnit na všechny pracovníky ambulantních zařízení pro léčbu závislosti, ale pouze o vzhled do této problematiky od pracovníků, kteří mají s touto cílovou skupinou praktickou zkušenost. Dalším limitem této práce byl samotný design práce. Výběr polostrukturovaného rozhovoru sebou nese mnohá rizika, jedním z nich může být nedostatečná šíře zkoumaných témat a rigidní postup podle předem daných kategorií, což může mít za následek neodkrytí některých důležitých témat. Jedním z důvodů této nedostatečnosti je autorčina nezkušenost s kvalitativním typem studií a podcenění časového rámce.

## 7. Použitá literatura

**Anderson, A.L., Li, S.H., Markova, D., Holmes, T.H., Chiang, N., Kahn, R., Campbell, J., Dickerson, D.L., Galloway, G.P., Haning, W. & Roache, J. D. (2015).**

Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence in non-daily users: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Drug & Alcohol Dependence*, 150, 170-174.

**Bayer, D. (2003).** Farmakoterapie závislosti, psychopatologických komplikací a komorbidit. In K. Kalina K. & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (p. 19-24). Praha: Úřad vlády České republiky.

**Burns, L., Gisev, N., Larney, S., Dobbins, T., Gibson, A., Kimber, J., Larance, B., Mattick, R. P., Butler, T. & Degenhardt, L. (2015).** A longitudinal comparison of retention in buprenorphine and methadone treatment for opioid dependence in New South Wales, Australia. *Addiction*, 110, 646–655. doi: [10.1111/add.12834](https://doi.org/10.1111/add.12834).

**Bonhomme, J., Shim, R. S., Gooden, R., Tyus, D., & Rust, G. (2012).** Opioid addiction and abuse in primary care practice: a comparison of methadone and buprenorphine as treatment options. *Journal of the National Medical Association*, 104, 342.

**Brensilver, M., Heinzerling, K. G., & Shoptaw, S. (2013).** Pharmacotherapy of amphetamine-type stimulant dependence: An update. *Drug and alcohol review*, 32(5), 449-460.

**Brodie, J. D., Figueroa, E., Laska, E. M., & Dewey, S. L. (2005).** Safety and efficacy of γ-vinyl GABA (GVG) for the treatment of methamphetamine and/or cocaine addiction. *Synapse*, 55(2), 122-125.

**Coffin, P.O., Santos, G.M., Das, M., Santos, D.M., Huffaker, S., Matheson, T., Gasper, J., Vittinghoff, E. & Colfax, G. N. (2013).** Aripiprazole for the treatment of methamphetamine dependence: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Addiction*, 108(4), 751-761.

**Courtney, K. E., & Ray, L. A. (2014).** Methamphetamine: an update on epidemiology, pharmacology, clinical phenomenology, and treatment literature. *Drug and alcohol dependence*, 143, 11-21.

**Cruickshank, C. C., & Dyer, K. R. (2009).** A review of the clinical pharmacology of methamphetamine. *Addiction*, 104(7), 1085-1099.

**Cruickshank, C., Montebello, M., Dyer, K., Quigley, A., Blaszyk, J., Tomkins, S. & Shand, D. (2008).** A placebo-controlled trial of mirtazapine for the management of methamphetamine withdrawal. *Drug and Alcohol Review*, 27: 326– 333.

Dale-Perera, A., Goulão, J., & Stöver, H. (2012). Quality of care provided to patients receiving opioid maintenance treatment in Europe: results from the EQUATOR analysis. *Heroin Addict Relat Clin Probl*, 14(4).

**Darke, S., Kaye, S. McKetin, R. & Duflou, J. (2008).** Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug and Alcohol Review*, 27: 253- 262

**De Boer, T. (1996).** The pharmacologic profile of mirtazapine. *The Journal of clinical psychiatry*.

**Defalque, R. J., & Wright, A. J. (2011).** Methamphetamine for Hitler's Germany: 1937 to 1945. *Bulletin of anesthesia history*, 29(2), 21-4.

**De La Garza, R., Shoptaw, S., & Newton, T. F. (2008).** Evaluation of the cardiovascular and subjective effects of rivastigmine in combination with methamphetamine in methamphetamine-dependent human volunteers. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 11(6), 729-741.

**Dremencov, E., Weizmann, Y., Kinor, N., Gispan-Herman, I., & Yadid, G. (2006).** Modulation of dopamine transmission by 5HT<sub>2C</sub> and 5HT<sub>3</sub> receptors: a role in the antidepressant response. *Current drug targets*, 7(2), 165-175.

**Elkashef, A., Kahn, R., Yu, E., Iturriaga, E., Li, S.H., Anderson, A., Chiang, N., Ait-Daoud, N., Weiss, D., McSherry, F. & Serpi, T. (2012).** Topiramate for the treatment of methamphetamine addiction: a multi-center placebo-controlled trial. *Addiction*, 107(7), 1297-1306.

**Elkashef, A.M., Rawson, R.A., Anderson, A.L., Li, S.H., Holmes, T., Smith, E.V., Chiang, N., Kahn, R., Vocci, F., Ling, W. & Pearce, V. J. (2008).** Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence. *Neuropsychopharmacology*, 33(5), 1162.

**European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2015).** *Methamphetamine*. Retrieved March 19, 2018, from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drugprofiles/methamphetamine>

**European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2013).** Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

**Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2017).** *Evropská zpráva o drogách 2017: Trendy a vývoj*, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

**Gabrhelík, R., Šťastná, L., Holcnerová, P., Miovský, M., & Minařík, J. (2010).** Aktuální otázky léčby závislosti na metamfetaminu. *Adiktologie*, 10(2), 92-100.

**Galloway, G.P., Buscemi, R., Coyle, J.R., Flower, K., Siegrist, J.D., Fiske, L.A., Baggott, M.J., Li, L., Polcin, D., Chen, C.Y.A. & Mendelson, J. (2011).** A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Sustained-Release Dextroamphetamine for Treatment of Methamphetamine Addiction. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 89(2), 276-282.

**Hampl, K. (2004).** Substituční léčba závislosti na pervitinu. *Česká a slovenská psychiatrie*, 100 (5): 274-278.

**Heinzerling, K. G., Swanson, A. N., Hall, T. M., Yi, Y., Wu, Y., & Shoptaw, S. J. (2014).** Randomized, placebo-controlled trial of bupropion in methamphetamine-



dependent participants with less than daily methamphetamine use. *Addiction*, 109(11), 1878-1886.

**Heinzerling, K. G., Swanson, A. N., Kim, S., Cederblom, L., Moe, A., Ling, W., & Shoptaw, S. (2010).** Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for the treatment of methamphetamine dependence. *Drug & Alcohol Dependence*, 109(1), 20-29.

**Hendl, Jan. (2005).** *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

**Hser, Y.I., Saxon, A.J., Huang, D., Hasson, A., Thomas, C., Hillhouse, M., Jacobs, P., Teruya, C., McLaughlin, P., Wiest, K. & Cohen A. (2014).** Treatment retention among patients randomized to buprenorphine/naloxone compared to methadone in a multi-site trial. *Addiction*, 109(1), 79-87.

**Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999).** Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4), 563.

**Jayaram-Lindström, N., Hammarberg, A., Beck, O., & Franck, J. (2008).** Naltrexone for the treatment of amphetamine dependence: a randomized, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1442-1448.

**Jayaram-Lindström, N., Wennberg, P., Beck, O., & Franck, J. (2005).** An open clinical trial of naltrexone for amphetamine dependence: compliance and tolerability. *Nordic journal of psychiatry*, 59(3), 167-171.

**Jayaram-Lindström, N., Wennberg, P., Hurd, Y. L., & Franck, J. (2004).** Effects of naltrexone on the subjective response to amphetamine in healthy volunteers. *Journal of clinical psychopharmacology*, 24(6), 665-669.

**Jeřábek, P. (2015).** Psychopatologie závislosti. In Kalina et al. *Klinická adiktologie* (p. 190-194). Praha: Grada Publishing.

**Johnson, B., & Richert, T. (2015).** Diversion of methadone and buprenorphine by patients in opioid substitution treatment in Sweden: prevalence estimates and risk factors. *International Journal of Drug Policy*, 26(2), 183-190.

**Kalina, Kamil. (2015).** *Klinická adiktologie*. Praha: Grada publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

**Karila, L., Weinstein, A., Aubin, H. J., Benyamina, A., Reynaud, M., & Batki, S. L. (2010).** Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: a focused review. *British journal of clinical pharmacology*, 69(6), 578-592.

**Lashkaripour, M., Adibi, A., Mashhadi, F. F., & Dashipour, A. (2017).** Modafinil for treatment of amphetamine/methamphetamine dependence: The randomized double-blinded clinical trial. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 6(2).

- Lee, N., Johns, I., Jenkinson, R., Johnston, J., Connolly, K., Hall, K. & Cash, R. (2007).** Clinical Guidelines for Alcohol and Drug Clinicians. No 14: Methamphetamine dependence and treatment. Fitzroy, Victoria: Turning point Alcohol and Drug Center Inc.
- Ling, W., Chang, L., Hillhouse, M., Ang, A., Striebel, J., Jenkins, J., Hernandez, J., Olaer, M., Mooney, L., Reed, S. & Fukaya, E. (2014).** Sustained-release methylphenidate in a randomized trial of treatment of methamphetamine use disorder. *Addiction*, 109(9), 1489-1500.
- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S., & White, J. M. (2010).** Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 105(1), 146-154.
- Martin, T., LaRowe, S. D., & Malcolm, R. (2010).** Progress in cue exposure therapy for the treatment of addictive disorders: a review update. *The Open Addiction Journal*, 3(1).
- Miles, S.W., Sheridan, J., Russell, B., Kydd, R., Wheeler, A., Walters, C., Gamble, G., Hardley, P., Jensen, M., Kuoppasalmi, K. and Tuomola, P. & Tuomola, P. (2013).** Extended-release methylphenidate for treatment of amphetamine/methamphetamine dependence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Addiction*, 108(7), 1279-1286.
- Minařík, J. (2003).** Stimulancia. In Kalina K. & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (p. 164-168). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Minařík, J., Gabrhelík, R., Malcolm, R., Pavlovská, A., & Miller, P. (2016).** Methylphenidate substitution for methamphetamine addiction and implications for future randomized clinical trials: a unique case series. *Journal of Substance Use*, 21(4), 435-438.
- Minařík, J., & Gabrhelík, R. (2011).** Farmakoterapie závislosti na metamfetaminu. *Adiktologie*, 11, 41-52.
- Miovský, M. (2006).** *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Národní protidrogová centrála SKPV policie ČR. (2017).** *Výroční zpráva 2016*. Praha: Národní protidrogová centrála
- National Center for Biotechnology Information. PubChem Compound Database. (2004).** *Methamphetamine Hydrochloride*. Retrieved March 19, 2018, from <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/66124#section=Top>
- Nechanská, B. (2018).** Substituční léčba závislosti na opiátech/opioidech v ČR v roce 2017. Aktuální informace č. 1/2018. Praha: ÚZIS ČR. Retrieved March 19, 2018, from <http://www.uzis.cz/rychle-informace/substitucni-lecba-zavislosti-na-opiatechopioidech-v-cr-v-roce-2017>

**Nechanská, B. (2017).** Substituční léčba závislosti na opiátech/opioidech v ČR v roce 2016. Aktuální informace č. 1/2017. Praha: ÚZIS ČR. Retrieved March 19, 2018, from <http://uzis.cz/rychle-informace/substitutni-lecba-zavislosti-na-opiatechopioidech-v-cr-v-roce-2016>

**Nechanská, B. (2014).** Informace z Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek - rok 2013. Aktuální informace č. 1/2014. Praha: ÚZIS ČR. Retrieved March 19, 2018, from <http://www.uzis.cz/rychle-informace/informace-narodniho-registru-uzivatelu-lekarsky-indikovanych-substitutnich-latek-rok-2013>

**Nešpor, K. (2000).** *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Portál, sro.

**Nezdarová, E. (2014).** Mapování zájmu aktivních uživatelů metamfetaminu o substituční léčbu a jejich ochoty k účasti na klinické studii efektivity substituční léčby.

**Nožina, M. (1997).** *Svět drog v Čechách*. KLP-Koniasch Latin Press.

**Orlíková, B., Csémy, L. (2016).** Psychiatrická komorbidita u uživatelů metamfetaminu. *Adiktologie*, 16(1), 26–35.

**Popov, P. & Zábranský, T. et al. (2008).** Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. Kapitola 5: Standard substituční léčby. Částka 3. Praha: MZ ČR. Retrieved March 19, 2018, from [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik\\_2035\\_1034\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_2035_1034_3.html)

**Rawson, R.A., Marinelli-Casey, P., Anglin, M.D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C., Galloway, G.P., Herrell, J., Huber, A., McCann, M.J. & Obert, J. (2004).** A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99(6), 708-717.

**Rezaei, F., Emami, M., Zahed, S., Morabbi, M. J., Farahzadi, M., & Akhondzadeh, S. (2015).** Sustained-release methylphenidate in methamphetamine dependence treatment: a double-blind and placebo-controlled trial. *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*, 23(1), 2.

**Rezaei, F., Ghaderi, E., Mardani, R., Hamidi, S., & Hassanzadeh, K. (2016).** Topiramate for the management of methamphetamine dependence: a pilot randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Fundamental & clinical pharmacology*, 30(3), 282-289.

**Růžička et al. (2012).** „Dokážu to?“ Pervitin koncepce pro školní terapeutu. Olomouc: P-centrum.

**Shearer, J., Wodak, A., Mattick, R. P., Van Beek, I., Lewis, J., Hall, W., & Dolan, K. (2001).** Pilot randomized controlled study of dexamphetamine substitution for amphetamine dependence. *Addiction*, 96(9), 1289-1296.

**Shearer, J., Darke, S., Rodgers, C., Slade, T., Van Beek, I., Lewis, J., Brady, D., McKetin, R., Mattick, R.P. & Wodak, A. (2009).** A double-blind, placebo-controlled trial of modafinil (200 mg/day) for methamphetamine dependence. *Addiction*, 104(2), 224-233.

**Shoptaw, S., Heinzerling, K.G., Rotheram-Fuller, E., Steward, T., Wang, J., Swanson, A.N., De La Garza, R., Newton, T. & Ling, W. (2008).** Randomized, placebo-controlled trial of bupropion for the treatment of methamphetamine dependence. *Drug & Alcohol Dependence*, 96(3), 222-232.

**Solhi, H., Jamilian, H. R., Kazemifar, A. M., Javaheri, J., & Barzaki, A. R. (2014).** Methylphenidate vs. resperidone in treatment of methamphetamine dependence: A clinical trial. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 22(3), 191-194.

**Sullivan, L. E., & Fiellin, D. A. (2008).** Office-Based Buprenorphine for Patients with Opioid Dependence. *Annals of Internal Medicine*, 148(9), 662–670.

**Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Föhr, J., Tuomola, P., Kuikanmäki, O., Vorma, H., Sokero, P., Haukka, J. & Meririnne, E. (2007).** A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 160-162.

**United Nations Office on Drugs and Crime (2017).** *World Drug Report 2017*. United Nations Publications.

**World health organisation. (2009).** *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva: World Health Organization.

**Zábranský, T. (2007).** Methamphetamine in the Czech Republic. *Journal of drug issues*, 37(1), 155-180.

**Zdravotnickýdenik.cz. (2017).** Pro závislé na pervitinu není dostupná substituce. Změnit to chtějí čeští a němečtí odborníci. *Zdravotnický deník* [online]. [cit. 2018-04-23]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickýdenik.cz/2017/05/zavisle-pervitinu-neni-dostupna-substituce-zmenit-chteji-cesti-nemecti-odbornici/>